

LE POUVOIR DU CHOIX

LES DROITS REPRODUCTIFS ET LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE



État de la population mondiale 2018

Ce rapport a été élaboré sous l'égide de la Division des communications et partenariats stratégiques de l'UNFPA.

CONSEILLER PRINCIPAL À LA RECHERCHE

Peter McDonald

AUTEURS ET CHERCHEURS PRINCIPAUX DE CE CHAPITRE

John Bongaarts
Suzana Cavenaghi
Gavin Jones
Gretchen Luchsinger
Peter McDonald
Cheikh Mbacké
Tomas Sobotka

CONSEILLERS TECHNIQUES UNFPA

Alanna Armitage
Michael Herrmann
Eduard Mihalas
Sandile Simelane

ÉQUIPE DE RÉDACTION

Rédacteur en chef : Richard Kollodge
Rédactrices associées : Katie Madonia, Katheline Ruiz
Conseillère principale en communication : Teresa Buerkle
Responsables de l'édition numérique : Katie Madonia, Katheline Ruiz
Conseiller pour l'édition numérique : Hanno Ranck
Conception et production des versions imprimée et interactive : Prographics, Inc.

© UNFPA 2018

Crédit photo première de couverture (dans le sens des aiguilles d'une montre) :

© Mark Tuschman
© Chris Stowers/Panos Pictures
© UNFPA/Egor Dubrovsky
© Joshua Cogan/OPS

Crédit photo quatrième de couverture :

© UNFPA/Roger Anis

REMERCIEMENTS

Jeffrey Edmeades a conseillé les auteurs sur la question des droits en matière de reproduction.

Les reportages ont été rédigés par Sanne De Wilde (Bolivie), Bruna Tiussu (Brésil), Reza Sayah (Iran), Alice Oldenburg (Kenya), Nathalie Prévost (Niger), Erik Halkjaer (Suède) et Matthew Taylor (Thaïlande). Les vidéos et les photographies accompagnant les reportages ont été réalisées par Egor Dubrovsky (Biélorus), Sanne De Wilde et Pep Bonet (Bolivie), Débora Klempous (Brésil), Roger Anis (Égypte), Reza Sayah (Iran), Alice Oldenburg (Kenya), Ollivier Girard (Niger), Melker Dahlstrand (Suède) ainsi que Matthew Taylor et Varin Sachdev (Thaïlande). Les rédacteurs remercient les Conseillers régionaux en communication de l'UNFPA, qui ont coordonné la production de ces reportages : Celine Adotevi, Tamara Alrifai, Jacob Eben, Jens-Hagen Eschenbacher, Adebayo Fayoyin, Alvaro Serrano et Roy Wadia. D'autres homologues de l'UNFPA ont orchestré ou supervisé la réalisation de ces reportages au Biélorus (Katsiaryna Mikhadziuk, Hanna Leudanskaya), en Bolivie (Ana Angarita, Marisol Murillo, Luigi Burgoa, Gerberth Camargo, María Eugenia Villalpando, Francesca Palestra, Guadalupe Valdes), au Brésil (Paola Bello), en Égypte (Aleksandar Sasha Bodiroza, Merhan Ghaly), en Iran (Nazanin Akhgar), au Kenya (Korir Kigen, Douglas Waudu), au Niger (Souleymane Sadi Maazou), en Suède (Pernille Fenger, Mette Strandlod, Patricia Grundberg) et en Thaïlande (Kullwadee Kai Sumalnop, Wassana Im-Em). Nous tenons également à remercier Hans Linde et Julia Schalk de l'Association suédoise pour l'éducation sexuelle (RFSU) pour leur contribution au reportage sur la Suède.

Le Service de la population et du développement de l'UNFPA a consolidé les données régionales liées aux indicateurs. Les données liées aux indicateurs proviennent du Service de la population et du développement de l'UNFPA, de la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, de l'Institut de statistique de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'UNICEF.

CARTES ET DÉSIGNATIONS

Les désignations retenues et la présentation générale des cartes contenues dans le présent rapport n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part de l'UNFPA concernant le statut juridique de tout pays, territoire, ville ou région ni de leurs autorités, non plus que la délimitation de leurs frontières. Une ligne pointillée représente approximativement la ligne de démarcation au Jammu-et-Cachemire acceptée par l'Inde et le Pakistan. Les parties ne sont pas encore parvenues à un accord définitif sur le statut du Jammu-et-Cachemire.

UNFPA

Assurer les droits et les choix pour tous

LE POUVOIR DU CHOIX

LES DROITS REPRODUCTIFS ET
LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE

1

Des familles moins nombreuses : une tendance mondiale

page 12

2

L'héritage de familles nombreuses

page 28

3

Variations par rapport au processus habituel de transition de la fécondité

page 50



4

De nombreuses
voies vers une
même destination

page 68



5

Créer des conditions
favorables à
la parentalité

page 92



6

Tout le monde a
le droit de choisir

page 120





Avant-propos

AVOIR LE CHOIX PEUT CHANGER LE MONDE.

Cela peut améliorer rapidement le bien-être des femmes et des filles, transformer les familles et les sociétés, et accélérer le développement mondial.

La mesure dans laquelle les couples et les individus ont réellement la possibilité de choisir d'avoir des enfants ou non, et quand et combien, a également une incidence directe sur les niveaux de fécondité. Lorsque les personnes ont les moyens de prendre ces décisions en toute liberté, elles préfèrent généralement des familles moins nombreuses. En revanche, quand les choix sont limités, elles ont tendance à avoir beaucoup d'enfants ou, au contraire, à en avoir très peu – et parfois même pas du tout.

Aucun pays ne peut prétendre avoir fait des droits reproductifs une réalité pour tout un chacun. Les choix restent limités pour beaucoup trop de femmes. Cela signifie que des millions de personnes ont encore plus (ou moins) d'enfants qu'elles ne le souhaitent, ce qui a non seulement des conséquences à l'échelle individuelle, mais également au niveau des communautés, des institutions, des économies, des marchés du travail et des pays tout entiers.

Dans certains cas, l'exercice des droits reproductifs est entravé par les lacunes des systèmes de santé, qui ne parviennent pas à fournir des services essentiels tels que les moyens de contraception. Dans d'autres, ce sont des obstacles économiques, notamment des emplois peu rémunérateurs et de faible qualité ainsi que l'absence de services de garde d'enfants, qui empêchent les personnes de fonder ou d'agrandir leur famille. Des inégalités persistantes entre les sexes, lesquelles privent les femmes du pouvoir de prendre des décisions cruciales concernant leur vie, sous-tendent ces obstacles et d'autres difficultés.

Dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, les pays se sont engagés à faire en sorte que tout un chacun puisse faire des choix éclairés concernant sa santé sexuelle et reproductive, un droit considéré comme fondamental. Aujourd'hui, presque 25 ans plus tard, cette promesse exige toujours de veiller à ce que les personnes disposent des moyens nécessaires pour décider librement et en toute connaissance de cause du nombre, de l'espacement et de la survenue des naissances.

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 renforce ces principes en faisant de la santé et des droits en matière de reproduction un objectif spécifique. En fait, les droits reproductifs sont essentiels à la réalisation de tous les objectifs de développement durable. **VOILÀ LE POUVOIR DU CHOIX.**

La voie à suivre consiste à garantir le plein exercice des droits reproductifs pour chaque personne et chaque couple, quels que soient l'endroit où ils vivent, leur situation ou leurs revenus. Cela consiste notamment à éliminer tous les obstacles, qu'ils soient économiques, sociaux ou institutionnels, qui les empêchent de prendre des décisions libres et éclairées.

En fin de compte, ce n'est pas le fait d'atteindre ce que nous croyons être le niveau idéal de fécondité qui déterminera notre succès. Le réel indicateur de progrès repose sur la population elle-même, et en particulier sur le bien-être des femmes et des filles, sur l'exercice de leurs droits et une égalité totale, ainsi que sur les choix qu'elles ont la possibilité de faire dans leur vie.

Dr Natalia Kanem

Directrice exécutive

Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)



SYNTHÈSE

La transition mondiale vers une faible fécondité

© Layland Masuda/Getty Images

Il n'y a pas si longtemps, la plupart des gens fondaient des familles nombreuses, composées en moyenne de cinq enfants. Tandis qu'autrefois, on observait le même taux de fécondité partout dans le monde, il en existe aujourd'hui de multiples, et les disparités n'ont jamais été aussi importantes.

La taille du foyer, qu'il soit grand ou petit, est étroitement corrélée aux droits en matière de reproduction. Ces derniers sont eux-mêmes liés à beaucoup d'autres droits, tels que les droits à la santé, à l'éducation, à un revenu décent, à la liberté de choisir et à la non-discrimination.

L'exercice de tous ces droits favorise l'épanouissement de chacun. À l'inverse, quand ils ne sont pas respectés, les personnes ne parviennent pas à réaliser leur potentiel, et les taux de fécondité sont généralement supérieurs ou inférieurs à ce qui est vraiment désiré.

La fécondité est une question importante

La fécondité est importante au niveau individuel, car elle reflète la mesure dans laquelle les personnes ont le pouvoir et les moyens de décider librement du nombre d'enfants qu'elles souhaitent avoir, ainsi que de la survenue des grossesses et de l'espacement des naissances. La fécondité est importante pour la société, car elle peut ralentir ou accélérer les progrès vers une plus grande prospérité, un développement durable et équitable, et le bien-être de chacun.

La transition mondiale vers une baisse du taux de fécondité a d'abord été le fruit d'une volonté individuelle, avant que ne soient mis en place les systèmes de planification nationale et les services de santé qui existent aujourd'hui. À la fin du XIX^e siècle, en Europe et dans les pays anglophones du reste du monde, les évolutions économiques ont ouvert de nouvelles perspectives sur le marché du travail, ce qui a incité les couples à faire moins d'enfants, afin de pouvoir saisir ces occasions. Le taux d'alphabétisation a augmenté à mesure que davantage de filles étaient scolarisées. Les nouvelles et les informations circulant plus largement à travers la société, une prise de conscience s'est opérée au sein de la population, qui s'est rendu compte qu'il était possible de contrôler délibérément la fécondité.

Les personnes, en particulier les femmes, ont commencé à comprendre que le fait d'avoir moins d'enfants pouvait contribuer à améliorer de nombreuses facettes de leur vie.

Depuis, chaque fois que la population dispose des informations appropriées et de moyens de contrôler les naissances, les taux de fécondité ont tendance à

baisser. Par ailleurs, dans certaines régions du monde, au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle, les États ont favorisé l'accès à la contraception. Certains ont investi dans le capital humain des jeunes ainsi que dans le développement du marché du travail et d'autres possibilités pour créer un ensemble de conditions économiques et sociales qui ont entraîné une diminution du nombre d'enfants par foyer. Quelques gouvernements, déterminés à ralentir la croissance démographique, ont eu recours à des mesures coercitives ou à des campagnes agressives pour décourager ou empêcher les couples et les individus de faire beaucoup d'enfants.

En 1994, 179 pays ont approuvé le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Ils se sont engagés à faire en sorte que tout un chacun puisse faire des choix éclairés concernant sa santé sexuelle et reproductive, laquelle fait partie des droits fondamentaux qui sous-tendent des sociétés justes, durables et propices à l'épanouissement. Ils ont affirmé que le progrès dépendait de la promotion de l'égalité des sexes, de l'élimination de la violence à l'égard des femmes et de la capacité de ces dernières à contrôler leur fécondité. Surtout, les gouvernements ont déclaré que les droits reproductifs et les questions relatives au développement démographique, économique et social étaient inextricablement liés et se renforçaient mutuellement.

Ils ont également affirmé que l'exercice des droits reproductifs était possible quand tous les couples et toutes les personnes disposaient des informations et des moyens appropriés pour décider consciemment du nombre d'enfants souhaité et de la survenue des grossesses et de l'espacement des naissances. Les femmes doivent être en mesure de décider librement de tomber enceinte ou non, et quand et à quelle fréquence, sans contrainte ni violence, et sans subir de discriminations.

Un engagement similaire a été pris récemment dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030. La santé reproductive et les droits en matière de reproduction sont des cibles spécifiques de l'un des 17 objectifs de développement durable et sont indispensables à la réalisation de tous les objectifs.



© Giacomo Pirozzi

La fécondité varie considérablement

Depuis la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, la santé et les droits en matière de reproduction ont progressé de manière constante dans de nombreuses régions du monde. Les populations sont mieux informées sur leurs droits reproductifs et les choix possibles, et disposent d'une plus grande capacité à faire valoir leurs droits.

Pourtant, bien que, globalement, des progrès considérables aient été accomplis, les fortes disparités qui demeurent entre les pays et à l'intérieur de leurs frontières sur le plan de la fécondité montrent qu'il reste encore beaucoup à faire pour assurer l'exercice universel des droits reproductifs.

Actuellement, la plupart des pays et des territoires peuvent être classés dans quatre catégories, en fonction de leur taux de fécondité. Chaque groupe fait face à des problèmes de politique nationale liés aux tendances démographiques. Chaque groupe rassemble des personnes qui n'ont pas les moyens de décider librement et consciemment du nombre d'enfants qu'elles ont, parce que leurs droits sont bafoués d'une façon ou d'une autre, dans diverses proportions.

Dans les pays de la première catégorie, le niveau de fécondité se rapproche le plus de ce que l'on observait auparavant dans le monde entier : le taux est élevé. Beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne et une demi-douzaine d'autres pays ayant récemment connu des crises ou des conflits affichent des taux de plus

de quatre enfants par femme. Une fécondité élevée peut être le signe de plusieurs faiblesses sur le plan des droits fondamentaux. Généralement, ces pays sont plus pauvres, et l'accès aux services de santé et à l'éducation est limité. La discrimination sexiste est ancrée et empêche les femmes d'acquérir une autonomie. Des pratiques comme le mariage des enfants, qui est lié à la grossesse précoce, peuvent être répandues.

À cause de ce taux de fécondité élevé, les pays ont généralement plus de mal à proposer de meilleurs services et à se développer afin d'aider les individus à sortir de la pauvreté. À mesure qu'un nombre croissant de jeunes afflue sur le marché du travail, ils constatent de plus en plus que l'économie n'est pas assez solide pour offrir un emploi à tout le monde.

Dans les pays de la deuxième catégorie, la fécondité a diminué considérablement puis s'est stabilisée ou a recommencé à augmenter, dans certains cas. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce phénomène, notamment l'interruption des programmes de planification familiale ou encore les conséquences de conflits ou d'une crise économique.

Les pays de la troisième catégorie ont enregistré une baisse régulière de la fécondité à partir des années 1960 ou, dans certains cas, des années 1980, qui se poursuit encore aujourd'hui. La plupart sont des pays à revenu intermédiaire, même si certains sont plus pauvres et si un petit nombre d'entre eux sont riches.

Beaucoup de pays de cette troisième catégorie ont mis en place de solides programmes de planification familiale à l'échelle nationale, et ont déployé des efforts constants afin d'assurer l'exercice des droits reproductifs, même quand les ressources étaient limitées. Il peut toutefois exister de fortes disparités entre les taux de fécondité, notamment entre les régions rurales et urbaines, ainsi qu'entre les populations riches et pauvres. En particulier, l'Amérique latine, à laquelle plusieurs de ces pays appartiennent, affiche des taux élevés de grossesse chez les adolescentes. Bien que la plupart de ces pays ne subissent pas de pressions particulières dues aux tendances démographiques à l'heure actuelle, leur population vieillit rapidement ; ils doivent donc se préparer à une baisse de la population active dans l'avenir, ainsi qu'à une éventuelle hausse importante des coûts liés aux retraites et aux soins de santé.

Les pays de la quatrième catégorie présentent de faibles taux de fécondité depuis longtemps ; ce groupe rassemble principalement les pays plus développés d'Asie, d'Europe et d'Amérique du Nord. Ils affichent généralement de meilleurs niveaux d'éducation et de revenu, et ont fait plus de progrès en matière de droits

des femmes. Les droits reproductifs et les autres droits fondamentaux sont respectés, dans la plupart des cas. Cependant, en raison de disparités en matière d'accès à des services de garde d'enfants de qualité et abordables, il peut être difficile pour les individus de trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie privée, ce qui les empêche de faire autant d'enfants qu'ils le désirent. Compte tenu du nombre important de personnes âgées et de la baisse de la population active dans ces pays, ils pourraient voir leur économie s'affaiblir à court terme.

Quels obstacles se dressent sur la route ?

Dans les quatre catégories, les obstacles qui empêchent les personnes d'exercer leurs droits et de faire leurs propres choix en matière de planification familiale partagent des origines communes, même s'ils prennent des formes variées et des proportions différentes. Dans l'ensemble, divers facteurs institutionnels, économiques et sociaux peuvent donner aux couples et aux personnes les moyens de réaliser leurs objectifs en matière de procréation et leur désir d'enfant ou, au contraire, les en empêcher. Lorsque les couples et les personnes sont pleinement en mesure de choisir, la fécondité tend à se maintenir autour de deux enfants par femme – un niveau considéré suffisant pour préserver la stabilité de la taille de la population en l'absence d'immigration.

Plusieurs obstacles institutionnels empêchent les personnes de décider librement et consciemment de leur fécondité, notamment le manque de services de santé, qui limite les possibilités contraceptives, ou encore l'accès aux techniques d'aide à la procréation, afin d'assister les femmes qui ont dépassé l'âge optimal de procréation ou qui ne parviennent pas à concevoir pour d'autres raisons. Dans certains cas, la mauvaise qualité des services de santé contribue à maintenir un niveau élevé de mortalité juvénile, ce qui renforce la tendance à faire plus d'enfants pour compenser la perte de ceux qui sont décédés à la naissance, ou à cause d'une maladie ou de la malnutrition.

En outre, des obstacles juridiques à la contraception demeurent dans certains pays, où

© Miho Aikawa/Getty Images



l'accès aux services peut être limité pour les femmes qui ne sont pas mariées ou suffisamment âgées, par exemple. Par ailleurs, même quand la loi autorise les femmes non mariées ou les adolescentes à accéder à des contraceptifs, des prestataires de services moralisateurs peuvent refuser de leur en fournir.

Sur le plan éducatif, l'éducation complète à la sexualité est limitée et de piètre qualité dans la plupart des pays du monde, ce qui empêche les jeunes d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour faire des choix éclairés.

Sur le plan économique, plusieurs obstacles se dressent également : les services de santé reproductive peuvent être inabordables, ou les femmes peuvent être obligées de travailler de longues heures pour un maigre salaire, ce qui ne leur permet pas de fonder une famille.

Beaucoup d'obstacles difficiles à surmonter qui entravent l'exercice des droits reproductifs sont dus à la discrimination sexiste ; c'est la

raison pour laquelle le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement insiste autant sur l'égalité des sexes. À cause de la position d'infériorité dans laquelle elles demeurent, de nombreuses femmes ne connaissent pas ou ne comprennent pas bien les droits dont elles bénéficient, ou ne savent pas comment les faire valoir. Elles peuvent ne pas avoir suffisamment de pouvoir et d'autonomie pour accepter ou refuser une grossesse. L'institutionnalisation des inégalités entre les sexes, qui peut se manifester par des services de santé inadaptés, peut contraindre les femmes à avoir plus ou moins d'enfants qu'elles le désirent.

La violence sexiste, qui est répandue dans toutes les sociétés, sape encore davantage l'autonomie des femmes et peut aboutir à des grossesses forcées. En outre, dans le monde entier, les femmes effectuent une plus grande part du travail domestique non rémunéré lié à l'éducation des enfants que les hommes. Cela peut susciter une dépendance à l'égard des soutiens de famille masculins, faire passer les femmes à côté de possibilités d'emploi rémunéré et entraîner chez elles une fatigue physique et psychologique.

Garantir le droit de choisir

À l'heure actuelle, il n'existe pas une seule région dans le monde où l'ensemble de la population dispose de tous les moyens pour réaliser ses désirs en matière de procréation et de faire valoir ses droits reproductifs. Les difficultés sont plus importantes dans certains endroits qu'ailleurs, et plus difficiles à surmonter dans certaines situations que dans d'autres. Dans tous les cas, le caractère universel des droits reproductifs, les engagements internationaux pris dans ce domaine et la corrélation entre fécondité et développement impliquent de lever les obstacles restants, en particulier si nous voulons atteindre les objectifs du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Il est nécessaire d'harmoniser les politiques publiques, les services et les budgets pour permettre à chaque personne et à chaque couple de faire valoir ses droits en matière de reproduction, y compris le droit à la planification familiale.

Les stratégies à adopter varieront selon les pays, mais certaines sont communes à tous, à commencer



© 2012 Meagan Harrison, avec l'aimable autorisation de Photoshare



© 2016 UNFPA/Arvind Jodha, avec l'aimable autorisation de Photoshare

par la mise en place de systèmes de santé alignés sur les droits reproductifs et fournissant des services de santé reproductive de qualité et accessibles à tous. Les services de santé doivent proposer un éventail significatif de contraceptifs et informer pleinement les femmes et les hommes des options dont ils disposent, ainsi que des effets de la planification familiale sur la santé et d'autres aspects du bien-être. Les prestataires de services doivent s'efforcer de donner aux personnes les moyens de faire leurs propres choix et respecter leurs décisions, y compris quand ils sont face à des adolescentes, à des personnes non mariées, à des personnes handicapées et à d'autres individus qui continuent d'être stigmatisés et victimes de discrimination en raison de normes sociales.

Dans tous les pays, quel que soit le taux de fécondité, il existe des groupes dont les droits reproductifs sont particulièrement compromis. Il peut s'agir de personnes pauvres vivant en milieu rural, des jeunes, ou d'une communauté qui ne parle pas la langue nationale employée dans les centres de santé. Bien souvent, ces groupes sont ceux dont les besoins en matière de contraception sont les moins satisfaits, et qui présentent les taux de grossesses non désirées les plus élevés. Assurer l'exercice de leurs droits est une nécessité urgente, et cette priorité devrait constituer le point de départ de la réalisation universelle des droits.

Enfin, puisque la fécondité a des répercussions sur divers facteurs sociaux, économiques et institutionnels (et inversement), la majorité des

pays doit aider les couples et les individus à avoir le nombre d'enfants souhaité grâce à des politiques visant, d'une part, à atteindre l'égalité des sexes, et d'autre part, à améliorer l'accès à un travail décent, au congé parental, à un logement abordable et à des services de garde de qualité et facilement accessibles, entre autres priorités.

La baisse de la fécondité observée actuellement est due à des capacités, à des connaissances et à un désir de contrôler la procréation sans précédent. Les populations revendiquent leur droit de décider librement du nombre d'enfants souhaité et de la survenue des grossesses, ce qui entraîne de profondes évolutions démographiques et soulève d'importants défis. Cependant, les gouvernements et les autres structures institutionnelles ne déploient pas suffisamment d'efforts pour soutenir, influencer ou mettre en œuvre ces décisions, ni pour prévoir les conséquences économiques ou institutionnelles qui en découlent.

La plupart des États pourraient aller plus loin en se posant une question simple qui devrait être au cœur des politiques publiques : la population – hommes et femmes, dans toutes les régions, quel que soit leur niveau de revenu, leur âge ou le groupe auquel ils appartiennent – a-t-elle le nombre d'enfants souhaité ? Si la réponse est non, cela veut dire que les droits en matière de reproduction sont compromis, et que les engagements en faveur de l'universalité ne sont pas tenus.



Des familles moins nombreuses : une tendance mondiale

CHAPITRE 1

Au cours des 150 dernières années, et plus particulièrement depuis les années 1960, les taux de fécondité ont diminué presque partout. Tandis que, par le passé, toutes les nations du monde présentaient des taux de cinq enfants par femme ou plus, aujourd'hui, la majorité des pays dont la population s'élève à un million d'habitants ou plus affichent des taux de 2,5 enfants par femme ou moins.



© UNFPA/Reza Sayah

La transition mondiale vers une faible fécondité s'est amorcée en Europe dans les années 1800, puis s'est répandue à travers le monde. Au début des années 1930, dans de nombreux pays, la fécondité avait atteint plus ou moins le seuil de remplacement des générations. Ce seuil, qui correspond à un taux global de fécondité de 2,1 naissances par femme, se rapporte au nombre moyen de naissances par femme en âge de procréer permettant de maintenir la taille de la population à un niveau stable.

Dans certaines régions du monde, la transition de la fécondité s'est faite brusquement. En Australie, par exemple, les femmes mariées nées entre 1851 et 1856 avaient en moyenne huit enfants, tandis que les femmes nées dix ans plus tard, entre 1861 et 1866, n'en avaient plus que quatre en moyenne.

Comment expliquer cette baisse soudaine et remarquable après des millénaires de fécondité élevée ?

De nombreux facteurs, tels que l'évolution des modèles de travail, une plus grande prospérité, l'amélioration de la santé et de l'alimentation,

une hausse du taux de survie des nouveau-nés et des enfants, ainsi qu'un meilleur accès à l'éducation, en particulier pour les femmes, ont favorisé cette transition en Europe. En quelques dizaines d'années, le nombre d'enfants par foyer a diminué. Ce phénomène s'est produit avant que la majorité de la population ne bénéficie de moyens de contraception modernes, et bien avant que le terme « droits reproductifs » ne soit employé par les décideurs et les militants du monde entier.

Aujourd'hui, le concept de droits reproductifs, et plus particulièrement le droit de tout un chacun de décider librement d'avoir des enfants ou non, et quand et à quelle fréquence, est considéré comme acquis par des centaines de millions de personnes qui ont le pouvoir et disposent des moyens de retarder ou d'éviter une grossesse. Pourtant, il n'y a pas si longtemps, le vocabulaire des droits était absent des politiques et des études sur les changements démographiques, la

procréation ou la santé des femmes. La manière d'aborder ces questions a considérablement évolué après la Deuxième Guerre mondiale ; cette nouvelle approche a donné lieu à la Conférence internationale des droits de l'homme des Nations Unies, organisée à Téhéran il y a 50 ans. Les délégués qui y ont participé ont déclaré que « les parents ont le droit fondamental de déterminer librement et consciemment la dimension de leur famille et l'échelonnement des naissances ».

Le droit à la planification familiale est, en outre, reconnu de manière explicite ou implicite dans au moins 20 autres conventions ou accords internationaux, allant du Plan d'action mondial sur la population de 1974 à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979.

Un consensus mondial sur les droits individuels en matière de reproduction a été établi en 1994, lors de la Conférence internationale sur la population et





© Yoshiyoshi Hirokawa/Getty Images

le développement, au cours de laquelle 179 pays ont affirmé que population et développement étaient inextricablement liés, et que l'autonomisation des femmes ainsi que l'accès à l'éducation et à la santé, y compris à la santé reproductive, étaient nécessaires pour favoriser l'épanouissement personnel, mais aussi pour parvenir à un développement équilibré (UNFPA, 2012). La promotion de l'égalité des sexes, l'élimination de la violence à l'égard des femmes et la capacité des femmes à contrôler leur propre fécondité ont été reconnues comme des éléments essentiels des politiques nationales relatives à la population et au développement.

La notion de droits reproductifs est souvent associée à l'aptitude à contrôler directement les grossesses et les naissances grâce à la contraception et à d'autres moyens (Starrs *et al.*, 2018). Toutefois, cette définition ne reflète pas l'ensemble des facteurs susceptibles d'influencer la décision d'une personne d'avoir un ou plusieurs enfants, ou de ne pas en avoir du tout.

Une définition plus large des droits reproductifs tient compte des conditions et des facteurs sociaux, économiques et institutionnels qui donnent aux couples et aux individus les moyens de réaliser leurs propres objectifs et désirs en matière de reproduction. On peut citer par exemple les systèmes et les structures qui permettent aux femmes d'entrer et de rester sur le marché du travail si elles décident d'avoir des enfants, et l'application de lois interdisant le mariage des enfants.

La capacité des personnes à faire valoir leurs droits reproductifs se répercute sur la fécondité, aussi bien à l'échelle individuelle qu'à l'échelle sociale. Ce constat est vrai aujourd'hui et l'était déjà il y a un siècle : même si les droits reproductifs tels qu'on les définit actuellement n'étaient pas nommés à l'époque, il n'en demeure pas moins que la population y aspirait et s'efforçait de trouver des moyens de décider librement d'avoir des enfants ou non, combien, quand et à quelle fréquence.



© Michele Crowe/www.theuniversalfamilies.com

Un choix conscient

Les hypothèses expliquant la transition de la fécondité en Europe puis dans le reste du monde incluent aussi bien la théorie classique de la transition démographique que d'autres théories fondées sur l'économie. Selon la théorie de la transition démographique, la fécondité diminue en raison de changements sociaux intervenus en parallèle et à cause de l'industrialisation et de l'urbanisation. Les théories fondées sur l'économie, quant à elles, attribuent en partie la baisse de la fécondité aux coûts relatifs d'un enfant par rapport à des biens (Mason, 1997).

Quelle que soit l'explication, la transition vers une faible fécondité témoigne d'une évolution radicale du comportement des couples au fil du temps, avec d'importantes répercussions tant pour les couples eux-mêmes que pour la société dans laquelle ils vivent. Quand cette évolution est durable et largement adoptée – et qu'il ne s'agit pas d'une réaction à court terme à des changements sociaux ou économiques –, elle reflète une transformation fondamentale des normes sociales.

Selon le démographe Ansley Coale, la fécondité ne peut commencer à baisser de manière durable que si trois conditions sont réunies (Coale, 1973).

Tout d'abord, les personnes doivent considérer la fécondité comme un aspect de leur vie qu'elles peuvent contrôler ou influencer par leurs actions. Bien que cela puisse sembler évident aujourd'hui, le fait d'envisager la fécondité comme relevant d'un « choix conscient » a radicalement changé la vision que les personnes et les couples avaient d'eux-mêmes, de leur famille et de leurs possibilités dans la vie. Deuxièmement, les personnes doivent considérer le fait d'avoir moins d'enfants comme un avantage, ce qui les incite ainsi à prendre des mesures pour « contrôler leur fécondité », ou avoir moins d'enfants. Enfin, des méthodes de contraception fiables, ainsi que des informations relatives à leur utilisation, doivent être disponibles.

Même si ces trois conditions doivent être réunies pour garantir une baisse durable de la fécondité, le plus important reste de comprendre qu'il est possible d'avoir le nombre d'enfants que l'on désire et d'y voir un intérêt. Sans cela, la disponibilité de moyens de contraception n'aura, au mieux, qu'un effet limité sur la fécondité. Quand ces deux conditions préalables sont réunies, la contraception peut constituer un moyen pour les couples et les individus de répondre à leurs désirs ; elle peut ainsi jouer un rôle central en aidant les couples

et les personnes à exercer leur droit de décider librement et consciemment d'avoir des enfants ou non, et quand et à quelle fréquence. Aujourd'hui, on estime que 885 millions de femmes des régions en développement veulent éviter une grossesse. Environ les trois quarts d'entre elles utilisent des moyens de contraception modernes, mais près d'un quart, soit 214 millions de femmes, ne parviennent toujours pas à satisfaire leurs besoins en la matière (Guttmacher Institute, 2017).

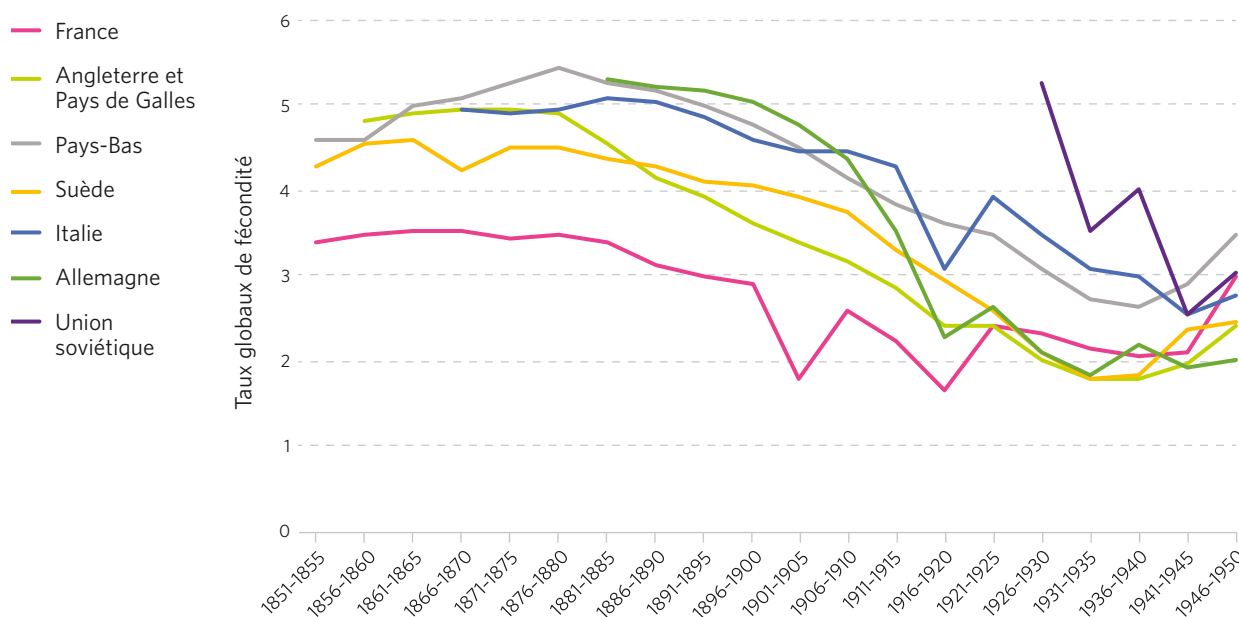
Les débuts de la transition de la fécondité : « quand on veut, on peut »

On considère généralement que la transition mondiale vers de faibles taux de fécondité a commencé au cours de la seconde moitié du XIX^e siècle, tout d'abord en France, puis dans les pays anglophones et d'Europe du Nord (figure 1). Les couples qui ont pris part à cette transition très précoce devaient être très motivés à avoir moins d'enfants, car ils y sont arrivés malgré de puissantes forces institutionnelles qui favorisaient la procréation. Par conséquent, la prévention des

grossesses à cette époque peut être caractérisée par l'expression « quand on veut, on peut ». Les couples avaient recours à différentes méthodes. Beaucoup parvenaient à éviter ou à retarder les grossesses en utilisant la technique du retrait ou l'abstinence, malgré la mise en vente de préservatifs féminins et masculins en caoutchouc vulcanisé dans les pays enregistrant une baisse de la fécondité au cours de la seconde moitié du XIX^e siècle.

Les nouvelles formes de contraception permettaient aux familles de contrôler davantage le nombre d'enfants au sein de leur foyer, mais pouvaient être trop chères pour le citoyen ordinaire (Coale, 1973). Certaines personnes s'appuyaient donc sur des méthodes peu onéreuses et « artisanales », telles que des éponges ou des comprimés de quinine. Au niveau sociétal, le relèvement de l'âge du premier mariage, associé en particulier à la forte condamnation sociale des pratiques sexuelles avant le mariage, a contribué à retarder le début de la maternité, tout comme l'abstinence périodique après l'accouchement. Il est également prouvé que certaines femmes avaient recours à l'avortement (McDonald et Moyle, 2018).

FIGURE 1 Taux globaux de fécondité, 1851-1950



Source : Chesnais (1992)

Au début du XX^e siècle, un élément majeur a incité les individus à faire moins d'enfants en Angleterre, puis en Australie : les aspirations économiques des jeunes avaient augmenté plus rapidement qu'ils ne pouvaient les assouvir et, dans ce contexte, beaucoup de personnes ne pouvaient pas se permettre d'avoir une famille nombreuse (Seccombe, 1993 ; Moyle, 2015 ; McDonald et Moyle, 2018).

Par ailleurs, de nombreuses femmes désiraient se libérer du fardeau des grossesses successives et des risques inhérents à chaque grossesse. Si le risque de mortalité maternelle a peut-être dissuadé les femmes d'avoir beaucoup d'enfants, l'espérance de vie relativement courte des hommes a également favorisé des familles moins nombreuses : les veuves ayant beaucoup d'enfants risquaient de rencontrer des difficultés financières et avaient peu de chances de se remarier (Moyle, 2015).

Il est également possible que la baisse de la mortalité infantile et juvénile ait encouragé les couples à faire moins d'enfants, bien que ce lien n'ait été mis en évidence de manière concluante dans aucune étude (Van de Walle, 1986 ; Guinnane, 2011).

La transition de la fécondité en Europe coïncide avec le développement de l'éducation gratuite et obligatoire au cours de la seconde moitié du XIX^e siècle. Cette évolution a entraîné une augmentation du nombre de filles parmi les effectifs scolaires, et a contribué à populariser la figure de l'enseignante comme modèle (Caldwell, 1980 ; McDonald et Moyle, 2018). Un niveau d'études plus élevé chez les filles est encore aujourd'hui associé à des taux de fécondité plus faibles.

L'éducation des filles a contribué à valoriser le statut des femmes au sein de la société et du foyer. Elle les a également aidées à acquérir une plus grande autonomie et un plus grand pouvoir de décision, y compris concernant le budget du foyer. Puisque les femmes surveillaient les dépenses, elles se rendaient compte des coûts supplémentaires liés à l'arrivée d'un nouvel enfant. La connaissance de ces coûts a peut-être participé au désir d'avoir moins d'enfants (McDonald et Moyle, 2018).

L'accès à l'éducation à tous les niveaux de la société a mis la population en contact avec des idées et des savoirs, y compris concernant la procréation, qui lui ont donné les moyens de faire ses propres choix au lieu de se fier uniquement aux autorités religieuses et à d'autres institutions pour décider du comportement à adopter.

Parallèlement, les changements économiques ont ouvert de nouvelles perspectives et suscité des désirs d'ascension sociale, favorisant l'élargissement de la classe moyenne. De nouveaux emplois de bureau ont émergé. La volonté de saisir ces nouvelles possibilités a incité beaucoup de personnes à avoir moins d'enfants ; en effet, il était difficile pour les parents de famille nombreuse de s'adapter aux nouveaux modèles économiques et d'en tirer profit (Banks, 1954 ; Seccombe, 1993 ; Moyle, 2015).

Par ailleurs, les parents ont commencé à entrevoir un autre avenir pour leurs enfants à mesure que l'éducation promettait de donner accès aux possibilités offertes par les changements économiques et que le travail des enfants reculait peu à peu. Ils se rendaient compte de l'intérêt d'offrir une vie meilleure à quelques enfants seulement au lieu d'éparpiller leurs ressources au sein d'une grande fratrie (Becker et Lewis, 1973 ; Caldwell, 1976).

En outre, les sociétés européennes devenaient plus laïques, ce qui a contribué à diminuer l'influence des institutions religieuses dans les décisions liées à la contraception et à la maternité, et à accroître l'importance des choix personnels concernant le nombre d'enfants souhaité (Lesthaeghe et Wilson, 1986). L'Australie a connu une évolution semblable.

L'urbanisation a peut-être aussi joué un rôle dans la capacité des individus à décider par eux-mêmes de la survenue des grossesses et de l'espacement des naissances : en général, la fécondité a diminué plus tôt et plus rapidement dans les métropoles que dans les petites villes et les zones rurales (Moyle, 2015). Quand les personnes quittaient leur petite communauté pour aller vivre en zone urbaine, elles laissaient également souvent derrière elles la pression sociale exercée

par leurs proches, qui les encourageaient à avoir beaucoup d'enfants. Toutefois, il a été démontré que, dans les pays d'Europe de l'Ouest et du Nord, l'absence de la famille élargie n'a eu que peu ou pas d'incidence sur la fécondité : les familles nucléaires étaient déjà courantes avant la transition de la fécondité (Hajnal, 1965).

Par ailleurs, le savoir était une condition préalable essentielle à la baisse du nombre d'enfants par foyer (Coale, 1973). Dans les années 1800, l'émergence de nouvelles formes de communication ainsi qu'un meilleur accès aux moyens existants ont rapidement favorisé la diffusion d'idées à tous les niveaux de la société, piquant la curiosité de la population quant au fait d'avoir moins d'enfants (Lesthaeghe, 1977 ; Knodel et Van De Walle, 1986 ; Cleland et Wilson, 1987).

La hausse des taux d'alphabétisation a permis aux journaux, aux magazines et aux tracts de renforcer leur lectorat. L'influence des médias sur la fécondité a d'ailleurs été démontrée en Australie (Moyle, 2015). Des tracts décrivant les méthodes de contraception ont été largement distribués en Australie, en Angleterre et aux États-Unis. Certains des auteurs de ces brochures ont dû faire face à des poursuites judiciaires, mais les articles publiés dans la presse au sujet de ces accusations ont finalement contribué à diffuser des connaissances sur la contraception auprès d'un public encore plus grand (McDonald et Moyle, 2018).

Les moyens de communication informels ont aussi joué un rôle important. Par exemple, en Australie, les informations relatives à la contraception étaient souvent transmises d'une femme à l'autre ou au sein de réunions de femmes. Dans les années 1890, des conférences réservées aux femmes portant sur les méthodes contraceptives ont également été données dans de vastes auditoriums de Melbourne, devant un large public (McDonald et Moyle, 2018).

La transition de la fécondité en Asie

En Asie, la transition de la fécondité a commencé dans les années 1950. Contrairement au phénomène observé en Europe dans les années 1800, qui a eu



© Giacomo Pirozzi

lieu contre la volonté des pouvoirs publics et des institutions, en Asie, la transition a été facilitée par les gouvernements, qui souhaitaient limiter le nombre d'enfants par foyer.

Certains d'entre eux ont encouragé la planification familiale parce qu'ils pensaient que des perspectives de croissance économique s'ouvriraient si les couples avaient moins d'enfants (McDonald, 2018). L'argument avancé était le suivant : une diminution des naissances permettrait, avec le temps, d'augmenter la part de la population en âge de travailler et de réduire celle des personnes de moins de 18 ans (Coale et Hoover, 1958). Selon ce point de vue, les enfants étaient considérés comme des consommateurs nets du capital du pays, et les individus en âge de travailler, comme des producteurs nets. En diminuant le nombre d'enfants à charge, les pays espéraient qu'ils pourraient investir davantage dans le capital, et que cet investissement stimulerait l'emploi productif de la population en âge de travailler. Des emplois plus productifs aideraient les ménages à surmonter leurs difficultés financières, leur permettant ainsi de consacrer davantage d'argent à l'éducation de chaque enfant. Cette corrélation entre transition de la fécondité et croissance économique est depuis connue sous le terme de « dividende démographique » (Lee et Mason, 2006).

La transition de la fécondité en Asie a contribué au « miracle économique » de la région dans les années 1980 et 1990 (Bloom et Williamson,

1998). Toutefois, ce miracle repose également sur les politiques sociales et économiques mises en œuvre dans les pays, ainsi que sur les institutions politiques, qui ont permis aux pays d'atteindre le potentiel de croissance économique découlant de la transition de la fécondité (figure 2).

La baisse rapide de la fécondité enregistrée en République de Corée et à Singapour, par exemple, a eu lieu en même temps que d'importants investissements en faveur de l'éducation des filles et que l'adoption de mesures visant à accroître la participation des femmes à la vie active. Les taux élevés d'urbanisation de ces pays ont également favorisé la diminution de la fécondité.

Des campagnes menées dans le cadre de programmes publics de planification familiale ont mis l'accent sur les coûts d'une famille nombreuse, et sur les avantages pour la santé résultant du fait d'avoir moins d'enfants, tant pour les mères que pour les nourrissons. Ces campagnes étaient principalement destinées aux femmes.

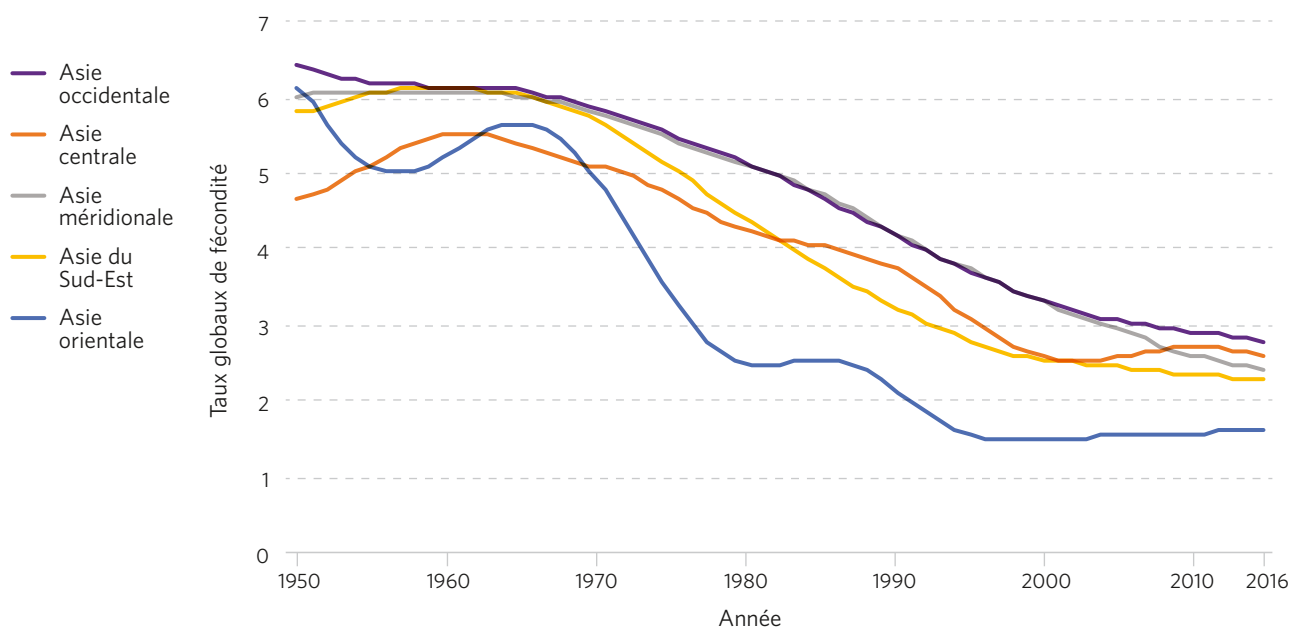
La vitesse à laquelle les populations ont adopté la planification familiale et la baisse rapide de

la fécondité qui en a découlé semblent indiquer qu'il existait une aspiration ou une demande forte et latente en faveur de familles réduites. Des préoccupations liées au coût d'une famille nombreuse et un intérêt pour une meilleure santé maternelle et juvénile figuraient parmi les raisons qui ont incité les populations à avoir moins d'enfants.

Cette demande latente a été visible dans certains pays, comme le Myanmar, où la fécondité a diminué alors que le Gouvernement n'avait mis en place aucune initiative de planification familiale. Au Myanmar, les personnes se procuraient des contraceptifs auprès des pays voisins, le Bangladesh et la Thaïlande, afin de limiter les naissances.

Dans les années 1970 et 1980, au Bangladesh et en Indonésie, la fécondité a diminué même dans les zones pauvres et rurales à mesure que les femmes étaient plus nombreuses à accéder aux méthodes de contraception modernes, grâce aux campagnes d'information et aux services de planification familiale soutenus par les gouvernements. Dans ces régions, la planification familiale a probablement contribué à l'autonomisation et à l'indépendance

FIGURE 2 Taux globaux de fécondité, régions d'Asie, 1950-2016



Source : Organisation des Nations Unies (2017)

des femmes. Par exemple, certaines femmes qui se rendaient dans les centres locaux de planification familiale étaient autorisées à se déplacer seules, sans être accompagnées par un homme de leur famille (Simmons, 1996).

Par ailleurs, dans les années 1970 et 1980, certains pays ont mis en place des programmes agressifs de planification familiale. Certains reposaient sur le versement de primes et l'application de sanctions, en fonction du respect des cibles relatives au nombre d'utilisateurs de contraceptifs ; d'autres avaient recours à la stérilisation forcée des hommes et des femmes faisant partie des ménages les plus pauvres. L'objectif majeur de ces politiques était de freiner la croissance rapide de la population et de limiter le nombre d'enfants, et non de promouvoir les droits reproductifs (Hull, 1991 ; Harkavy et Roy, 2007 ; Abbasi-Shavazi *et al.*, 2009 ; Hayes, 2018). D'autres pays, tels que l'Iran, ont privilégié une approche plus modérée et ont adopté des programmes visant à protéger le droit de chaque personne de décider librement d'avoir des enfants ou non, et quand et à quelle fréquence, tout en ralentissant la croissance globale de la population. Des campagnes d'information, d'éducation et de communication ont souvent encouragé des foyers de deux enfants. On incitait ainsi les couples à aspirer à cette famille petite, mais prospère et en bonne santé.

Plusieurs autres pays de la région ont fait pression sur les couples pour les pousser à ne pas avoir plus de deux enfants, alors qu'ils avaient ratifié la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979. L'article 16 de la convention exhorte les États à protéger les droits des femmes de « décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances ».

La transition de la fécondité en Amérique latine

En Amérique latine, la diminution de la fécondité a véritablement commencé dans les années 1960 ; il se peut toutefois qu'elle se soit amorcée plus tôt en Argentine et en Uruguay. Tandis que le Brésil,

le Costa Rica, le Chili, la Colombie, la République dominicaine et le Venezuela ont tous affiché une baisse rapide dès les années 1960, d'autres pays ont connu une baisse initiale plus lente, qui s'est ensuite accélérée.

Contrairement à l'Asie, dans les années 1960, la plupart des États d'Amérique latine ne se souciaient globalement pas de la croissance de la population, même si, à la fin la décennie, la plupart des pays de la région avaient mis en place des programmes de planification familiale nationaux. Toutefois, il est évident que les préférences en matière de fécondité avaient déjà changé au moment où la contraception est devenue largement accessible. Par conséquent, en Amérique latine, la contraception a été avant tout un instrument de la baisse de la fécondité, et non son principal moteur (Mundigo, 1992).

Les données d'enquêtes menées dans les années 1960 et 1970 révèlent que les femmes indiquaient constamment un nombre idéal d'enfants qui était inférieur d'une ou deux naissances au taux de fécondité enregistré à l'époque (Centre latino-américain et caribéen de démographie [CELADE] et Consortium de la Communication pour le changement social [CFSC], 1972 ; Organisation des Nations Unies, 1987). Ainsi, les femmes et les couples vivant en Amérique latine ont adopté avec enthousiasme la contraception quand cette dernière est devenue accessible, ce qui a entraîné une diminution très rapide du taux de fécondité dans toute la région.

Les raisons qui ont suscité une baisse de la fécondité étaient globalement les mêmes qu'en Europe et en Asie. La baisse rapide de la mortalité infantile et maternelle dans la région qui a précédé la transition de la fécondité a fait diminuer la nécessité d'avoir beaucoup d'enfants, les parents étant plus sûrs de les voir arriver à l'âge adulte. Des changements économiques rapides ont à la fois provoqué et renforcé des évolutions, ainsi que la transformation des normes sociales relatives à la maternité ; des facteurs tels que l'électrification et l'urbanisation rapides ont joué un rôle particulièrement important (Potter *et al.*, 2002). L'émergence, dans la région, d'une économie

fondée sur l'industrie et la consommation a encouragé l'éducation formelle, offert aux femmes des possibilités sur le marché du travail rémunéré et accéléré le processus d'urbanisation. Ensemble, ces facteurs ont créé les circonstances qui ont conduit les couples à avoir moins d'enfants.

De manière générale, l'évolution de la fécondité dans toute la région a été fonction des changements économiques. Par exemple, les taux de fécondité ont sensiblement baissé pendant la crise économique des années 1980 (Guzman, 1998). Parallèlement, le statut social des femmes en Amérique latine s'est nettement amélioré, permettant à ces dernières d'avoir une plus grande influence sur tous les aspects de leur vie, y compris la procréation, ce qui a contribué à une demande accrue en services de planification familiale.

La fécondité mondiale aujourd'hui

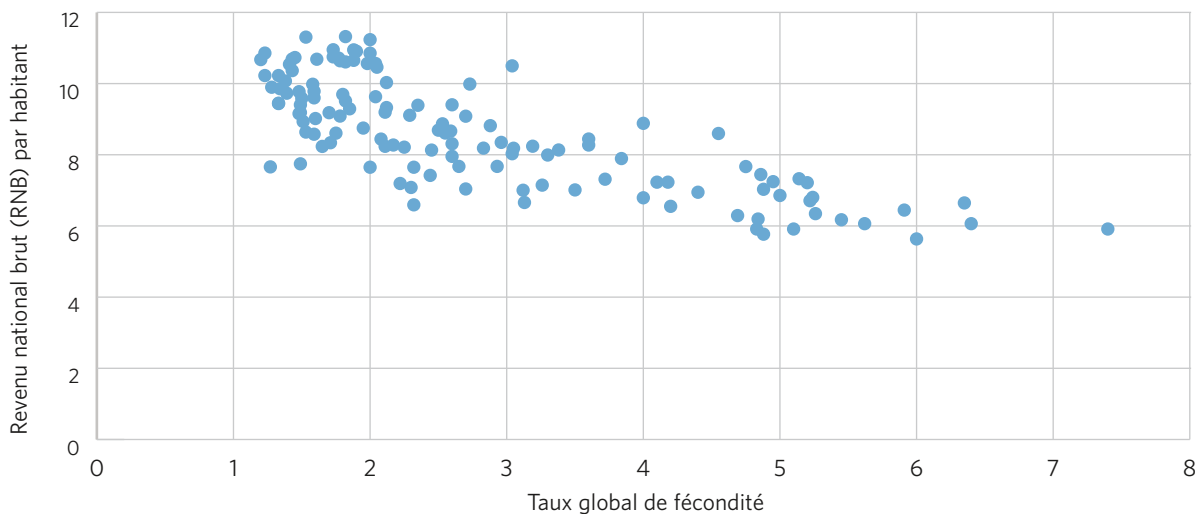
Les taux de fécondité sont plus faibles aujourd'hui qu'ils ne l'étaient il y a 50 ans dans tous les pays sauf un : la République démocratique du Congo. Au niveau mondial, la fécondité a diminué de moitié environ par rapport aux niveaux observés au milieu des années 1960. Les taux de fécondité devraient baisser dans le monde entier, et aucun pays ne

devrait afficher un taux de plus de cinq naissances par femme d'ici à 2050 (Organisation des Nations Unies, 2017). Au sein des pays et des régions, les taux de fécondité continuent de varier en fonction d'éléments tels que les niveaux de revenu, le lieu de résidence (milieu rural ou milieu urbain) et le groupe d'âge (figure 3).

Avant le début de la transition de la fécondité dans les années 1800, les niveaux de fécondité étaient élevés presque partout dans le monde, en corrélation avec les niveaux de mortalité juvénile très importants qui étaient prévalents depuis le début de l'histoire de l'humanité. Tandis que la fécondité a diminué rapidement en Europe de l'Ouest et du Nord, puis dans les colonies anglophones, dans le reste du monde, cette baisse a eu lieu de manière variable pour diverses raisons, liées notamment à la rapidité des évolutions sociales et économiques, à la survenue de la baisse de la mortalité infantile, et à l'accès à la contraception.

À l'heure actuelle, 43 pays dont la population s'élève à au moins un million d'habitants affichent des taux de fécondité de quatre naissances par femme ou plus ; 30 affichent des taux en baisse, néanmoins compris entre 2,5 et 3,9 naissances par femme ; dans 33 pays, le taux de fécondité

FIGURE 3 Corrélation entre le revenu national brut par habitant et le taux global de fécondité, 2017





© Giacomo Pirozzi

a plus ou moins atteint le seuil de remplacement assez récemment ; et 53 pays présentent un taux de fécondité égal ou inférieur au seuil de remplacement depuis de nombreuses années.

Jamais de tels écarts n'avaient été observés entre les groupes de pays dans l'histoire de l'humanité (figure 4).

Chaque niveau de fécondité possède ses propres causes et s'accompagne de ses propres défis, avec des conséquences à la fois pour la société, l'économie et les institutions des pays.

Les conséquences d'une fécondité élevée

Une fécondité élevée engendre des taux élevés d'accroissement démographique et augmente de manière disproportionnée la part de la population âgée de 15 ans ou moins.

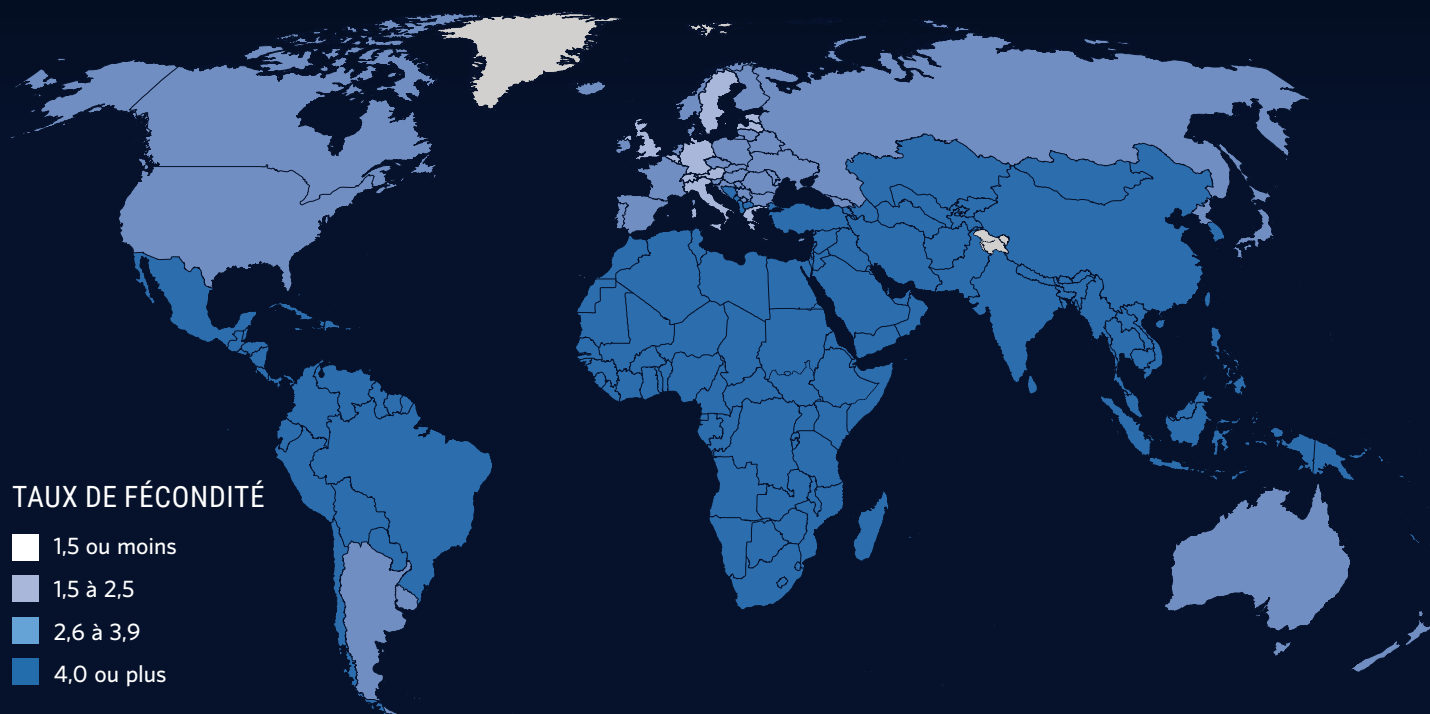
Par exemple, le Niger, qui est le pays affichant le taux de fécondité le plus élevé, enregistre un taux d'accroissement démographique annuel de 3,84 pour cent. Près d'une personne sur deux a moins de 15 ans. Au vu des taux d'accroissement actuels, on estime que la population totale et le nombre d'enfants âgés de moins de 15 ans devraient doubler

tous les 18 ans. Même si le taux de fécondité devait décliner dans l'avenir, les niveaux élevés de fécondité actuels et passés favorisent l'accroissement futur de la population à mesure que les nombreux groupes de personnes de moins de 15 ans atteignent l'âge de la procréation (Organisation des Nations Unies, 2015).

Les pays qui affichent un taux de fécondité élevé ont généralement des difficultés à assurer l'éducation des enfants, à fournir des soins de santé à toute la population et à offrir des possibilités d'emploi aux jeunes. La pénurie d'emplois en milieu rural peut pousser un grand nombre de jeunes à migrer vers des villes où les possibilités de travail sont déjà restreintes. Les pays qui affichent des taux de fécondité de quatre enfants par femme ou plus devraient voir leur population urbaine s'accroître rapidement au cours des prochaines années (Organisation des Nations Unies, 2015b).

Les conséquences d'une faible fécondité

Parmi les pays dont la population s'élève au moins à un million d'habitants, 22 présentent des taux de fécondité inférieurs à 1,5 naissance par femme. Ce taux est inférieur au seuil requis pour maintenir

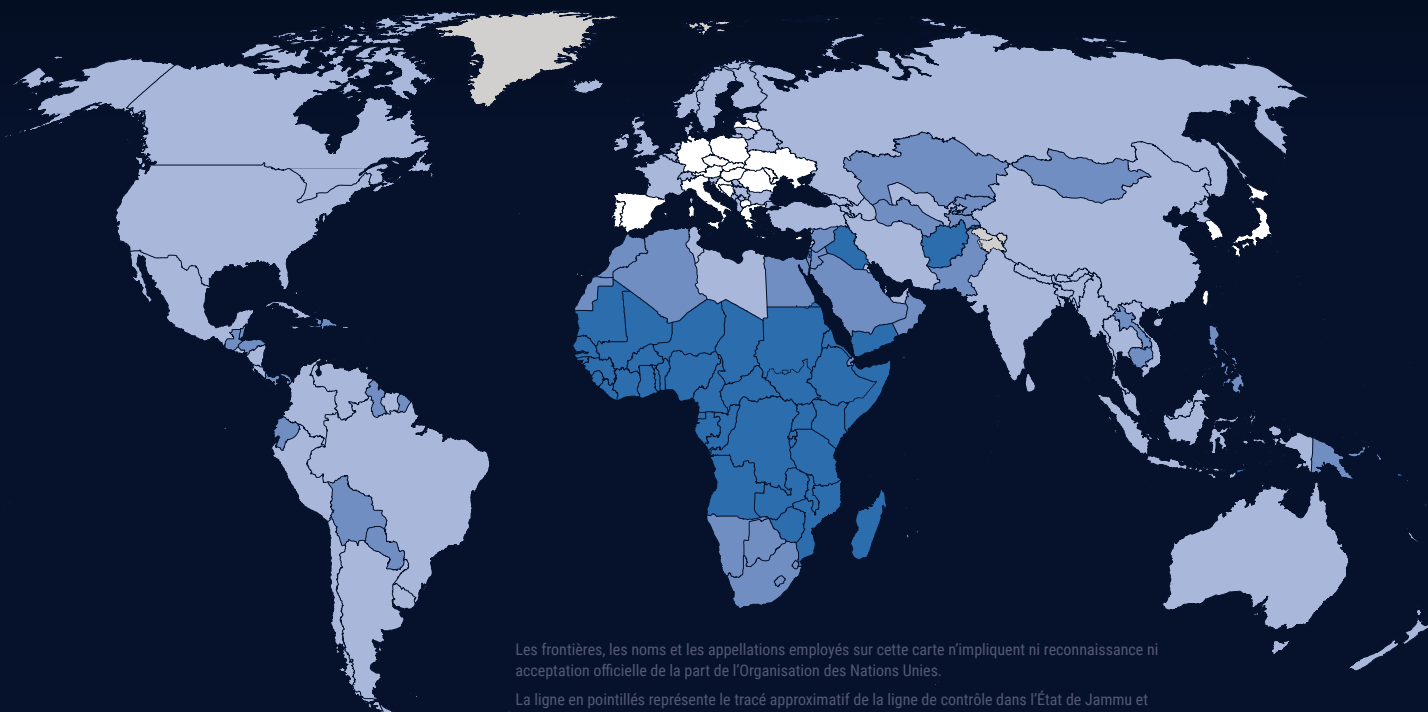


la taille de la population à son niveau actuel en l'absence d'immigration. Dans ces pays, les personnes âgées représentent une grande part de la population. Les États peuvent avoir des difficultés à financer correctement les systèmes de sécurité sociale et à réorienter les services, tels que les services de santé, pour faire face à l'évolution de la population. De faibles taux de fécondité impliquent également que moins d'enfants finiront par entrer sur le marché du travail, ce qui soulève des préoccupations concernant l'avenir de la croissance économique. La diminution de la part des jeunes dans la population active de certains pays comme le Japon, la République de Corée et Singapour suppose également une baisse du nombre de personnes capables de développer de nouvelles technologies et de s'y adapter. Les pays faisant face à une pénurie de main-d'œuvre jeune et qualifiée risquent de subir un désavantage comparatif sur le plan économique.

Les réactions des pouvoirs publics

Que les pays affichent des taux de fécondité très élevés ou très faibles, les pouvoirs publics voient souvent ces tendances d'un mauvais œil et ont mis en œuvre des politiques pour y remédier. La plupart des pays présentant des taux de fécondité de quatre enfants par femme ou plus souhaitent réduire le taux d'accroissement de la population, tandis que la majorité des pays affichant des taux de 1,5 naissance par femme ou moins veulent au contraire l'augmenter (figure 5). Certains de ces pays, en particulier en Europe de l'Est, mettent au point des programmes de « sécurité démographique » pour lutter contre la faible fécondité. Les pays dont les taux de fécondité sont compris entre 1,5 et 2,5 naissances par femme sont généralement satisfaits de leur taux d'accroissement démographique.

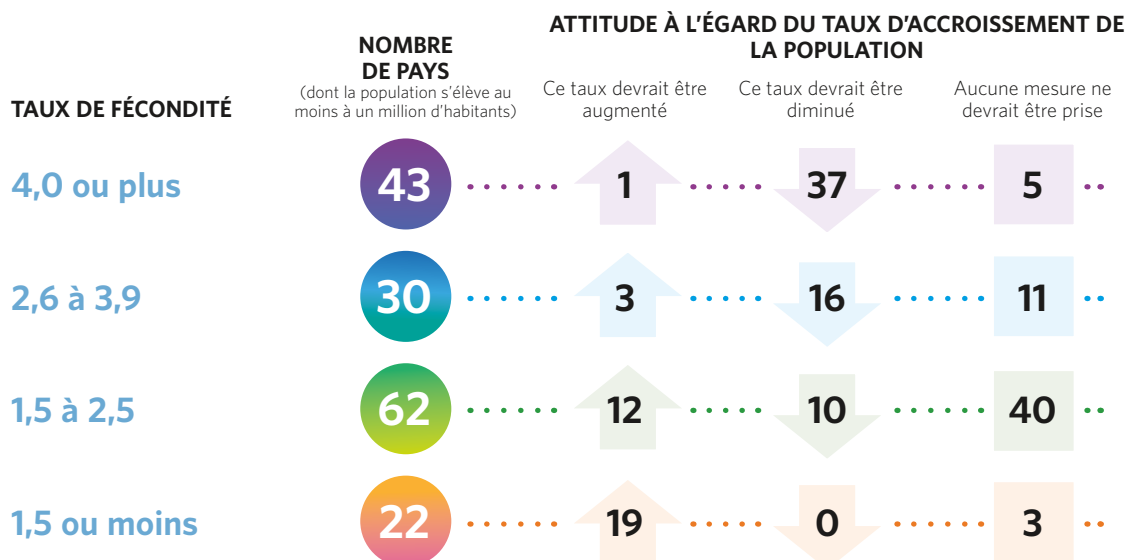
FÉCONDITÉ 2015



Les frontières, les noms et les appellations employés sur cette carte n'impliquent ni reconnaissance ni acceptation officielle de la part de l'Organisation des Nations Unies.

La ligne en pointillés représente le tracé approximatif de la ligne de contrôle dans l'État de Jammu et Cachemire sur lequel se sont accordés l'Inde et le Pakistan. Les parties n'ont, pour l'heure, pas trouvé d'accord sur le statut définitif de Jammu et Cachemire.

FIGURE 5 Opinion des pouvoirs publics concernant les taux d'accroissement de la population, par taux de fécondité, 2010-2014



Sources : Organisation des Nations Unies (2015a) ; Organisation des Nations Unies (2017)

Ce que veut la population

Partout dans le monde, beaucoup de personnes et de couples ont le nombre d'enfants qu'ils désirent. Mais beaucoup d'entre eux ont également plus – ou moins – d'enfants qu'ils ne le souhaitent.

Plusieurs raisons expliquent cet écart entre le nombre d'enfants souhaité et la taille réelle du foyer. Dans certains cas, les personnes ont tout simplement changé d'avis au fil du temps : les préférences d'une femme peuvent changer radicalement entre vingt et quarante ans. Dans d'autres cas, cet écart peut être dû à une incapacité à concevoir. Enfin, certaines personnes peuvent ne pas avoir les moyens de réaliser leurs désirs. Dans les pays en développement où la fécondité est élevée, par exemple, de nombreuses femmes ont plus d'enfants qu'elles ne le veulent en raison d'un accès limité à la méthode de contraception souhaitée, ce qui entraîne des grossesses non désirées. Chaque année, dans les pays en développement, on dénombre 89 millions de grossesses non désirées. Environ 43 pour cent de ces grossesses ne sont pas planifiées.

À l'inverse, dans les pays à revenu élevé affichant de faibles taux de fécondité, le niveau de fécondité réel est souvent inférieur au nombre idéal d'enfants moyen exprimé ; cela peut être dû aux difficultés que rencontrent les femmes pour combiner leur carrière

et la maternité, au manque de services de garde abordables, ou au temps supplémentaire qu'elles consacrent au travail domestique par rapport aux hommes. En outre, dans ces pays, les personnes se marient souvent plus tard ; par conséquent, les femmes peuvent avoir des difficultés à tomber enceintes, et les techniques d'aide à la procréation, telles que la fécondation *in vitro*, peuvent être difficilement accessibles ou trop onéreuses. Les familles sont moins nombreuses que souhaité dans beaucoup de pays d'Europe et d'Asie de l'Est depuis plusieurs années, et ce phénomène s'étend aujourd'hui aux États-Unis (Harknett et Hartnett, 2014 ; Gietel-Basten, 2018 ; Stone, 2018).

Ces différences suggèrent que les droits en matière de reproduction ne sont universellement respectés dans aucune région du monde ; partout, divers obstacles, notamment économiques, sociaux et institutionnels, de différentes ampleurs, empêchent les individus d'avoir le nombre d'enfants souhaité.

Dans l'idéal, les préférences des gouvernements concernant le taux de fécondité (plus faible ou plus élevé) sont alignées sur les préférences de la population en matière de nombre d'enfants. Par exemple, dans un pays où les couples veulent avoir moins d'enfants, le Gouvernement peut mettre en œuvre des politiques et des services qui les aident



à y parvenir. Ces politiques peuvent inclure un meilleur accès à l'éventail complet des méthodes de contraception modernes existantes.

Dans un pays où les couples veulent avoir plus d'enfants, mais ne sont pas en mesure de le faire pour des raisons économiques, le Gouvernement peut diminuer le coût des systèmes de garde ou les rendre gratuits.

Les pouvoirs publics peuvent atteindre leurs objectifs en matière de fécondité (plus faible ou plus élevée) grâce à des mesures qui améliorent les droits individuels et qui donnent aux personnes les moyens d'avoir le nombre d'enfants souhaité. Depuis des dizaines d'années, des études montrent que, lorsque les femmes vivant dans des pays où la fécondité est élevée ont le pouvoir et les moyens de faire leurs propres choix, elles préfèrent des familles moins nombreuses. La capacité à prendre des décisions cruciales relatives à la grossesse et à la taille du foyer ne dépend pas uniquement de la contraception. Elle repose sur bien d'autres facteurs, notamment sur l'étendue de l'égalité des sexes, l'économie et la géographie, ainsi que les niveaux d'éducation, mais aussi sur le respect des droits à l'éducation, à la sécurité et à la liberté d'expression.

De même, dans les pays où la fécondité est faible, les gouvernements peuvent aider les personnes à avoir plus d'enfants grâce à des moyens directs, tels que l'accès à des traitements gratuits ou peu onéreux pour lutter contre la stérilité, ou grâce à des mesures qui permettent aux couples et aux individus de surmonter les obstacles économiques qui les empêchent de fonder ou d'agrandir leur famille. En fonction du pays, ces actions peuvent inclure l'accès à un logement abordable ou à des services de garde de qualité, une meilleure rémunération des congés de maternité et de paternité, ou encore des initiatives favorisant un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

En mettant en place, tout au long du cycle de vie, des mesures qui respectent et renforcent les droits, y compris les droits reproductifs, les gouvernements peuvent faire face aux préoccupations démographiques tout en permettant à plus de personnes d'atteindre leurs propres objectifs.

Renforcer les droits individuels et atteindre les objectifs nationaux

La capacité des personnes à faire valoir leurs droits reproductifs a une incidence directe sur la fécondité. Dans les pays où ces droits sont bafoués, les taux de fécondité sont généralement élevés. Dans les pays où ces droits sont respectés, les taux de fécondité sont généralement faibles. Enfin, dans les pays où les droits sont respectés, mais où divers obstacles, notamment économiques, entravent le plein exercice des droits reproductifs, les taux de fécondité peuvent être trop faibles pour maintenir la population à un niveau stable.

Chaque niveau de fécondité présente des défis pour les individus, les communautés et les gouvernements. Une fécondité élevée peut contribuer à l'extrême pauvreté, à des taux élevés de mortalité maternelle et juvénile ainsi qu'à une réduction du capital humain, et engendrer des pressions sur les institutions qui fournissent les services, notamment dans les domaines de la santé et de l'éducation. Une faible fécondité est associée au vieillissement de la population, ce qui soulève des préoccupations relatives, d'une part, à la diminution de la base contribuant à la sécurité sociale et aux mécanismes de protection sociale, et, d'autre part, aux perspectives de croissance économique.

Avant 1950, les démographes avaient prédit que, à mesure que les taux de mortalité juvénile baisseraient, la fécondité diminuerait également dans tous les pays pour atteindre plus ou moins le seuil de remplacement (Notestein, 1945). Pourtant, 68 ans plus tard, ce déclin universel n'a pas encore eu lieu. En réalité, beaucoup de pays qui ont vu leurs taux de mortalité juvénile diminuer affichent encore des taux de fécondité élevés, et de plus en plus de pays présentent des taux de fécondité bien inférieurs au seuil de remplacement.

Toutes choses égales par ailleurs, les tendances en matière de fécondité devraient probablement se poursuivre dans l'avenir. Pour modifier ces tendances, il est nécessaire de mettre en place des actions qui renforcent les droits et éliminent les obstacles qui empêchent les personnes de réaliser leurs désirs en matière de procréation.



L'héritage de familles nombreuses

CHAPITRE 2

Sur les 43 pays qui affichent un taux de fécondité de quatre naissances par femme ou plus, 38 se trouvent en Afrique. En dehors de ce continent, l'Afghanistan, l'Irak, la Palestine, le Timor-Leste et le Yémen présentent également un taux de fécondité de quatre naissances par femme ou plus ; ce sont des cas particuliers dans la mesure où ces pays ont connu des crises ou des conflits au cours des dernières décennies (figure 6).



© Mark Tuschman

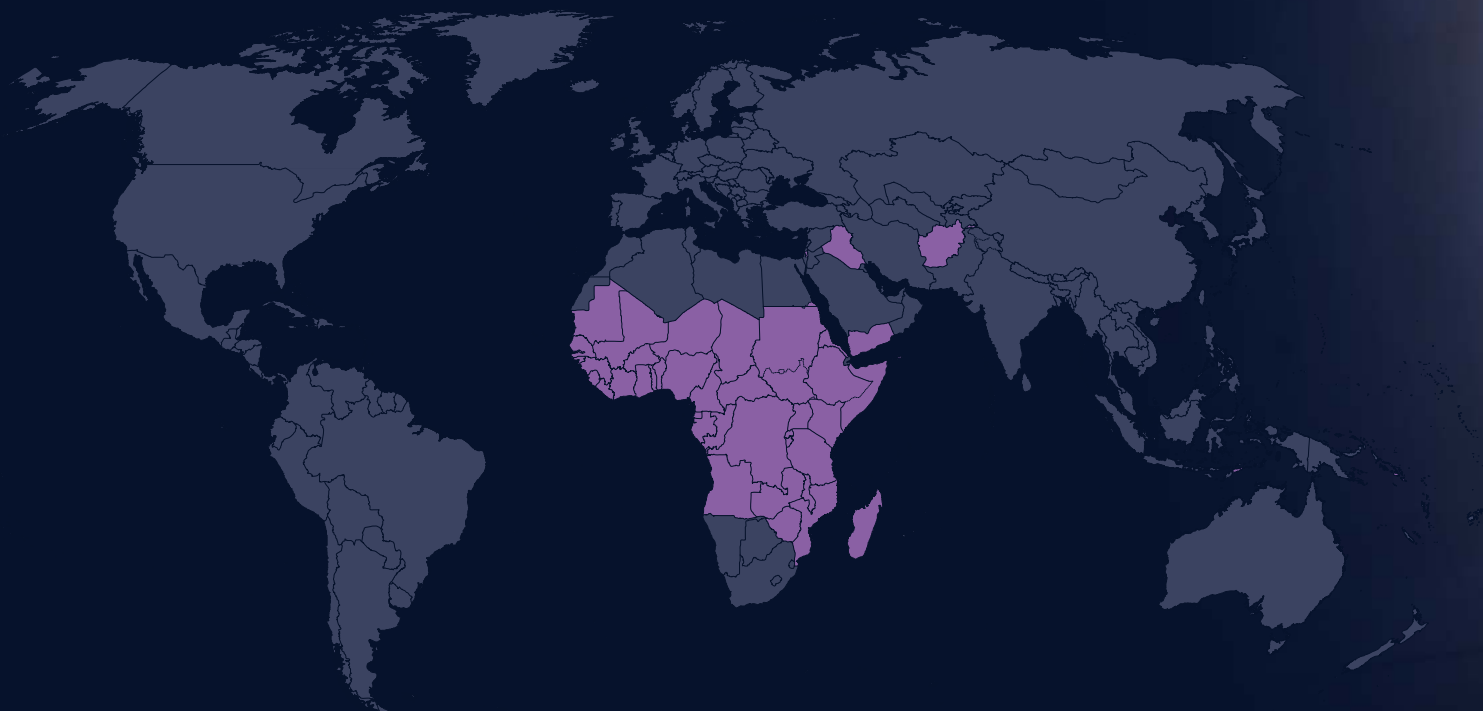
Bien que la transition de la fécondité soit en cours en Afrique subsaharienne, elle progresse plus lentement que dans les autres régions. La fécondité a légèrement diminué dans l'ensemble de la région au cours des 50 dernières années, et même de manière significative dans certaines parties du continent, mais depuis, elle stagne dans plusieurs pays.

La transition est si lente et si imprévisible que, depuis 2002, l'Organisation des Nations Unies a dû revoir à plusieurs reprises les projections

démographiques à la hausse pour la plupart des pays de la région (Casterline, 2017).

En raison de ces taux de fécondité qui demeurent élevés, l'Afrique subsaharienne devrait contribuer à plus de la moitié de l'accroissement anticipé de la population mondiale d'ici à 2050 – c'est-à-dire, 1,3 milliard d'individus sur les 2,2 milliards de personnes qui viendront s'ajouter à la population mondiale. Si ces prévisions se révèlent correctes, la part de l'Afrique dans la population mondiale passera de 17 % en 2017 à 26 % en 2050.

TAUX DE FÉCONDITÉ

PLUS DE 4
NAISSANCES PAR FEMME

En raison des taux de fécondité constamment élevés et de la hausse du nombre de jeunes au cours des années à venir, il sera difficile pour les pays de garantir l'accès à une éducation et à des services de santé de qualité, et pour les économies d'offrir suffisamment de possibilités d'emploi productif aux nombreux jeunes qui entreront sur le marché du travail.

La capacité des personnes et des couples à faire valoir leurs droits reproductifs peut déterminer la baisse ou le maintien des taux de fécondité

dans la région dans l'avenir. La manière dont les pouvoirs publics encouragent le respect de ces droits aura donc des répercussions sur le développement social et économique des pays.

Tendances et répercussions

En 1950, le taux de fécondité moyen en Afrique était de six naissances par femme ou plus. Dans les années 1960, la fécondité a commencé à baisser en Afrique australe et en Afrique du Nord ; elle



© Mads Nissen/Politiken/Panos Pictures

atteignait respectivement 2,6 et 3,2 naissances par femme en 2015. En revanche, le reste de l'Afrique subsaharienne a connu une hausse de la fécondité dans les années 1960 et 1970. La transition de la fécondité a commencé dans les années 1980 en Afrique de l'Est et de l'Ouest, et au milieu des années 1990 en Afrique centrale. Aujourd'hui, le taux de fécondité moyen en Afrique subsaharienne est d'environ 5,1 naissances par femme.

À l'heure actuelle, dans toute la région, les taux de fécondité sont bien plus faibles dans les

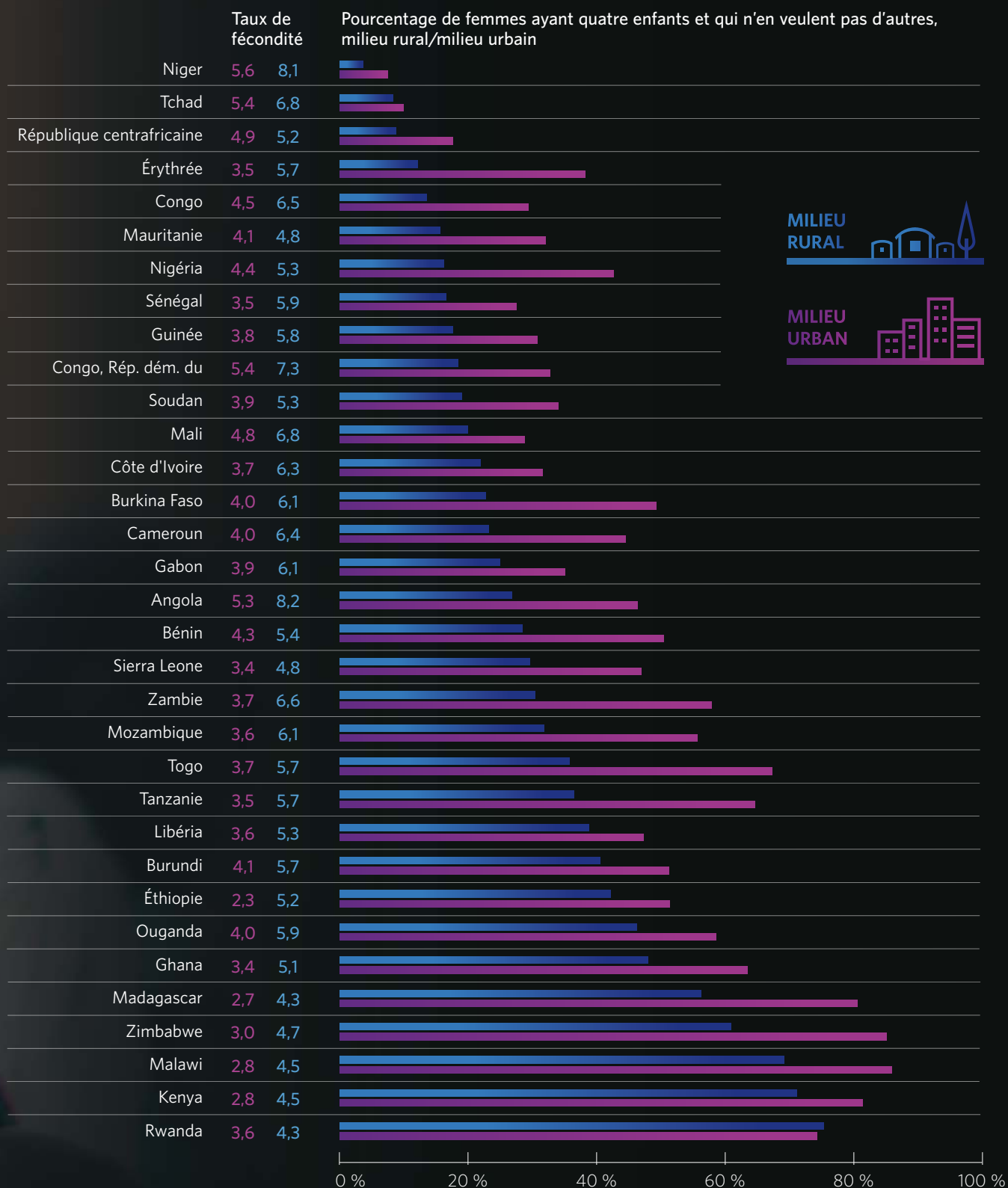
villes que dans les zones rurales (figure 7). En Éthiopie, par exemple, le taux global de fécondité est proche du seuil de remplacement en zone urbaine, tandis qu'il s'élève encore à plus de cinq naissances par femme dans le reste du pays.

L'urbanisation est un facteur majeur de la baisse de la fécondité ; par conséquent, les taux de fécondité devraient globalement diminuer à mesure que l'Afrique subsaharienne devient de plus en plus urbanisée.

**Dans toute la région
à l'exception de cinq pays
d'Afrique de l'Est, moins de
la moitié de ces femmes
déclarent ne plus vouloir
d'autres enfants.**



Figure 7



Source : ICF



© UNFPA/NOOR/Bénédicte Kurzen

En l'absence de taux de mortalité ou d'émigration élevés, des taux de fécondité élevés entraînent un accroissement plus rapide de la population, ce qui crée des difficultés pour les gouvernements qui ont déjà du mal à satisfaire la demande en services de santé et d'éducation, et à préserver les acquis du développement. L'accroissement rapide de la population peut également entraver la réalisation des objectifs de développement durable. Par exemple, certains pays peuvent ne pas être en mesure d'atteindre l'objectif 1 (éliminer la pauvreté d'ici à 2030), l'objectif 3 (bonne santé et bien-être) ou d'autres objectifs liés à l'établissement de villes durables et à la garantie d'un travail décent pour tous (Herrmann, 2015).

La baisse des taux de fécondité modifie la structure par âge de la population d'Afrique subsaharienne, laquelle comporte une part importante et disproportionnée de jeunes. Bien que ce phénomène favorise un « dividende démographique », le grand nombre de jeunes rejoignant la population en âge

de travailler continuera d'accentuer la nécessité de créer de nouvelles possibilités d'emploi. L'Afrique subsaharienne enregistre actuellement un taux de chômage d'environ 11 pour cent, mais le chômage des jeunes est généralement bien plus élevé (OIT, 2016). En Afrique du Sud, par exemple, la moitié des jeunes actifs sont sans emploi. En outre, dans les pays pauvres qui accordent peu ou pas d'indemnités de chômage, le sous-emploi est bien plus fréquent. Cela signifie que tous les individus gagnent leur vie d'une manière ou d'une autre pour essayer de joindre les deux bouts, mais que peu d'entre eux occupent un emploi productif et rémunérateur, et que la plupart des personnes vivent dans la pauvreté, alors même qu'elles travaillent.

Des taux de chômage élevés, associés à un risque élevé de pauvreté même en travaillant et à une pénurie d'emplois de qualité, peuvent pousser les jeunes à partir à l'étranger définitivement. On estime qu'actuellement, 38 pour cent des jeunes d'Afrique subsaharienne souhaitent migrer vers d'autres pays (OIT, 2016).



© Giacomo Pirozzi

Quels facteurs encouragent la fécondité ?

La trajectoire démographique de l'Afrique subsaharienne est en partie le résultat de processus qui se sont déroulés pendant un siècle de pouvoir colonial, lequel a entraîné des maladies, des conflits et d'autres actions qui ont fait grimper les taux de mortalité déjà élevés de la région (Caldwell, 1985 ; Dawson, 1987 ; Turshen, 1987 ; Coquery-Vidrovitch, 1988). La fécondité devait être suffisamment élevée pour, d'une part, compenser les taux de mortalité élevés et, d'autre part, satisfaire la forte demande de main-d'œuvre d'un système de production qui devait répondre aux besoins des pays européens tout en continuant de fournir des denrées alimentaires de base (Cordell *et al.*, 1987).

Pour faire face à cet impératif, les communautés ont développé des normes, des pratiques et des structures sociales qui mettaient l'accent sur la maternité et la survie des enfants (Meillassoux,

L'Afrique subsaharienne enregistre actuellement un taux de chômage d'environ 11 pour cent, mais le chômage des jeunes est généralement bien plus élevé.

1977 ; Page et Lesthaeghe, 1981 ; Caldwell, 1982, 1985 ; Caldwell et Caldwell, 1987).

Parvenir au « succès reproductif » pendant la période coloniale impliquait souvent de refuser aux couples et aux individus de décider librement d'avoir des enfants ou non, et quand et à quelle fréquence. Le mariage était principalement un contrat établi non entre des personnes, mais entre des familles. Le mariage des enfants, la polygamie et l'héritage des veuves étaient approuvés pour optimiser la capacité de procréation des femmes tout au long de leur vie.

Une grande différence d'âge entre les époux renforçait des normes de genre inéquitables et contribuait à donner bien plus de poids à la parole des hommes qu'à celle des femmes dans les décisions liées à la maternité, et sur presque tous les autres sujets. Dans ce contexte, le statut d'une femme était en grande partie déterminé par sa fécondité ainsi que par le nombre et l'âge de ses enfants.

Ces normes se sont révélées particulièrement tenaces malgré les récentes évolutions économiques et sociales.

Aujourd'hui, deux facteurs contribuent à maintenir la fécondité à un niveau élevé en Afrique subsaharienne : les couples continuent de vouloir beaucoup d'enfants, et les moyens proposés aux personnes pour limiter les naissances sont inadaptés (Casterline et Agyei-Mensah, 2017) ; les besoins de contraception, en particulier, sont très peu satisfaits.

Le désir d'enfant

En moyenne, les personnes veulent plus d'enfants en Afrique subsaharienne que dans toute autre région du monde.

Le nombre idéal moyen d'enfants souhaité par les femmes âgées de 15 à 49 ans diffère sensiblement selon les pays et les catégories sociales à l'intérieur de ces derniers. Ce nombre varie de 3,6 au Rwanda à 9,5 au Niger.

Les seuls pays de la région dans lesquels les femmes souhaitent en moyenne avoir



GROS PLAN SUR LE NIGER

« Je veux préparer mon avenir. »

Hassia, 19 ans



**Au Niger, des programmes sur
les compétences nécessaires
à la vie courante aident les filles
à prendre leurs propres décisions.**

© UNFPA/Ollivier Girard

Hassia, 19 ans, porte son bébé de 10 mois, Abdoulaziz, en écharpe sur son dos. Concentrée sur le tableau qui lui fait face, elle apprend à écrire le zarma, la langue parlée dans l'ouest du Niger.

Elle est entourée d'une vingtaine d'autres filles et jeunes femmes, qui sont pour certaines mariées ou fiancées. La plupart portent un hijab bleu ciel, une couleur populaire ces temps-ci.

Hassia fait partie des 64 000 adolescentes qui participent cette année au programme nigérien Illimin (mot signifiant « connaissance » en haoussa). Ce programme aide les adolescentes à acquérir des connaissances et des compétences nécessaires à la vie courante, et à devenir plus indépendantes. Il s'inscrit dans un effort global visant à protéger les filles du mariage et de la grossesse précoces. Au Niger, plus de deux filles sur trois sont mariées avant l'âge de 18 ans. Une fois mariées, on attend généralement d'elles

qu'elles commencent à avoir des enfants. Le Niger se classe au deuxième rang des pays du monde qui affichent les plus forts taux de natalité chez les adolescentes.

« Le programme Illimin vise les adolescentes âgées de 10 à 19 ans, car elles représentent près d'une naissance sur sept et près d'un décès maternel sur trois dans le pays, explique Hassan Ali, Représentant adjoint de l'UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population). Au Niger, la majorité des filles de cette tranche d'âge ne savent ni lire ni écrire, ajoute-t-il. Ce sont celles qui sont les plus vulnérables au mariage des enfants et à la grossesse précoce, et qui peuvent tirer le plus de bénéfices du programme. »

Non seulement Hassia apprend à lire et à écrire, mais elle acquiert aussi des connaissances sur des questions pratiques telles que la gestion de l'argent,

et elle développe des compétences en couture, en broderie et dans d'autres domaines, qui lui permettront peut-être un jour de gagner sa vie. Elle en apprend également plus sur l'alimentation, l'hygiène, son corps, les relations, les droits et la contraception.

Dans le cadre de ce programme, des « marraines » plus âgées appartenant à la communauté accompagnent les filles dans les centres de santé locaux, où elles peuvent obtenir plus d'informations sur la contraception et recevoir des contraceptifs gratuitement.

Hassia n'avait pas prévu de tomber enceinte d'Abdoulaziz. L'homme de 30 ans qu'elle fréquentait à l'époque lui avait assuré qu'il se protégeait. Lorsqu'elle a découvert sa grossesse, il l'a quittée.

Hassia a perdu son père quand elle était enfant ; peu après, sa mère les a abandonnées, elle et sa petite



« Je veux que mes enfants reçoivent une bonne éducation et vivent une existence différente de la mienne. »

sœur, ne leur laissant d'autre choix que d'aller à l'orphelinat. À 12 ans, Hassia est partie vivre chez sa grand-mère. « C'était le seul membre de ma famille que je connaissais, explique-t-elle. Elle voulait que je lui tiens compagnie, alors j'ai accepté. »

Quelques années plus tard, Hassia a commencé à travailler comme domestique, contribuant ainsi aux revenus du foyer. Mais un jour, sa grand-mère s'est aperçue que le ventre d'Hassia s'arrondissait. Comprenant que la jeune fille était enceinte, elle l'a mise à la porte. Quelques mois plus tard, Hassia a donné naissance à son premier enfant, Oumou, qui a aujourd'hui 3 ans.

« Je ne connaissais rien à la sexualité, indique Hassia. À l'orphelinat, les filles et les garçons étaient séparés ; on ne m'a donc jamais informée des risques. »

« Depuis que je participe au programme Illimin, je me sens beaucoup mieux, déclare-t-elle. On m'explique comment me protéger et comment me comporter, en tant que jeune femme. Je me suis fait des amies. Nous pouvons aborder tous les sujets entre nous, sans crainte. Je veux que mes enfants reçoivent une bonne éducation et vivent une existence différente de la mienne. »

Hassia utilise aujourd'hui un implant contraceptif, qu'elle s'est fait poser dans un centre de santé local. « Je veux préparer mon avenir », affirme-t-elle.

Fatouma Boubacar, 35 ans, précise que les filles qu'elle accompagne dans le cadre du programme Illimin en sortent plus fortes, mieux informées et plus confiantes : « À la fin du programme, les filles comme Hassia ont appris qu'elles pouvaient dire non. » L'une des filles qu'elle a suivies était sur le point de subir un mariage forcé arrangé par ses parents. « Elle a refusé alors qu'elle n'avait que 14 ans. »

moins de quatre enfants sont le Kenya (3,9), le Malawi (3,9) et le Rwanda (3,6). Les hommes mariés veulent généralement plus d'enfants que les femmes mariées. Le Rwanda fait exception, puisque les femmes souhaitent en moyenne avoir 3,6 enfants, et les hommes, seulement 3,1. Au Burundi, les hommes et les femmes préfèrent le même nombre d'enfants (4,3). C'est au Tchad que les hommes mariés veulent avoir le plus d'enfants (13,2).

La préférence pour les familles nombreuses est également manifeste chez les femmes qui ont déjà quatre enfants. En effet, dans toute la région à l'exception de cinq pays d'Afrique de l'Est, moins de la moitié de ces femmes déclarent ne plus vouloir d'autres enfants. Le pourcentage de femmes qui souhaitent ne pas avoir plus de quatre enfants est plus important en milieu urbain, sauf au Rwanda.

Les normes et les pratiques qui ont encouragé une fécondité élevée au cours du siècle dernier sont encore répandues à l'heure actuelle dans la plupart des régions rurales. Aujourd'hui, le nombre d'enfants souhaité est influencé par leur importance dans l'économie du ménage, et par les normes reproductives qui accompagnent cette dépendance. Plusieurs facteurs peuvent réduire cette dépendance, notamment l'augmentation de l'éducation formelle, la capacité à créer de la richesse dans l'économie moderne, les migrations et l'exposition à d'autres normes, en particulier liées aux droits individuels et aux rôles masculins et féminins.

Partout dans la région, les personnes qui ont au moins atteint un niveau d'études secondaires veulent – et ont – moins d'enfants que celles qui ont atteint au maximum un niveau d'études primaires. De même, les personnes bénéficiant de revenus plus élevés préfèrent avoir moins d'enfants que celles qui sont plus pauvres (figure 8). Par ailleurs, le nombre d'enfants souhaité aujourd'hui dépend aussi de l'âge : les jeunes générations veulent généralement moins d'enfants que leurs parents.

Au Rwanda, les hommes préfèrent des familles moins nombreuses

Les normes socioculturelles et les pratiques traditionnelles font obstacle à l'exercice des droits reproductifs et à l'accélération de la transition démographique, qui est une condition préalable au phénomène si convoité du dividende démographique.

Modifier les normes et les pratiques traditionnelles liées à la procréation n'est pas simple. Toutefois, l'exemple du Rwanda montre qu'avec une véritable volonté politique, les États peuvent apporter un changement relativement rapide qui améliore les droits reproductifs.

Après le conflit qui a mené au génocide de 1994, le Gouvernement du Rwanda (le pays le plus densément peuplé d'Afrique continentale) a revu son approche à l'égard de l'accroissement rapide de la population et du taux de fécondité, qui atteignait autrefois 8,7 naissances par femme (Cohen, 1993).

La nouvelle stratégie consistait principalement à faciliter l'accès de toute la population à la planification familiale volontaire, notamment

dans les communautés les plus reculées. Ce changement de cap a entraîné une hausse sans précédent de la prévalence de la contraception chez les femmes mariées ou en concubinage, qui est passée de 10 % en 2005 à 45 % cinq ans plus tard.

Cette augmentation rapide est en partie le fruit de campagnes menées par le Gouvernement, qui ont aidé à faire évoluer les mentalités à l'égard de la contraception, cette dernière n'étant plus considérée comme un tabou, mais comme une priorité de développement nationale (Solo, 2008). En parallèle, ces campagnes ont également contribué à changer le point de vue des hommes en ce qui concerne la procréation, le nombre d'enfants par foyer et la planification familiale.

L'un des objectifs de la politique de santé reproductive mise en œuvre en 2003 au Rwanda était de renforcer la participation des hommes au programme national de planification familiale. Une campagne de communication et de

mobilisation sociale menée à grande échelle ainsi que des actions ciblées visant à sensibiliser les hommes à ces questions ont été les stratégies majeures employées (République du Rwanda, 2003). Parallèlement, les responsables politiques à tous les niveaux soulignaient régulièrement l'importance de la planification familiale en tant que moyen permettant aux couples de mener à bien leurs projets d'avoir moins d'enfants (May et Kamurase, 2009). Ensemble, ces actions ont favorisé l'adoption rapide et globale de la planification familiale.

Les résultats des enquêtes démographiques et de santé indiquent que les campagnes de planification familiale menées dans le pays depuis 2005 ont permis au Rwanda de devenir le seul pays d'Afrique subsaharienne où la proportion d'hommes déclarant ne plus vouloir d'autres enfants est supérieure à celle des femmes, et ce, quel que soit le nombre d'enfants que la femme a déjà, à tous les niveaux de parité.

La mortalité des enfants

Les taux élevés de mortalité juvénile – ou le risque accru de perdre un enfant – incitent une grande partie de la population d'Afrique subsaharienne à fonder des familles nombreuses.

Même si les taux de survie des enfants se sont grandement améliorés au cours des vingt dernières années, la mortalité juvénile reste importante. Dans de nombreuses parties de la région, la mortalité des enfants atteint des niveaux qui existaient en Europe il y a plus d'un siècle.

La région continue d'afficher les taux de mortalité juvénile les plus élevés du monde ; le risque qu'un enfant décède avant l'âge de 5 ans est environ 15 fois supérieur au taux enregistré dans les pays à revenu élevé (UNICEF, 2017). La pneumonie, qui est la cause majeure de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, est responsable de 22 pour cent des décès. Elle est suivie par le paludisme, qui est responsable de 15,3 pour cent des décès d'enfants en Afrique subsaharienne.

FIGURE 8 Taux de grossesses désirées, par niveau d'éducation et quintile de richesse



n.d., données non disponibles

Source : ICF

Plus d'un million de nourrissons meurent chaque année au cours des quatre premières semaines de leur vie, ce qui reflète en partie la faiblesse des programmes de santé maternelle et juvénile existant dans la région.

En 2015, 90 pour cent des 212 millions de cas de paludisme estimés dans le monde et 92 pour cent des 429 000 décès dus à cette maladie se sont produits en Afrique subsaharienne. Le parasite le plus dangereux et le plus mortel du paludisme, *Plasmodium falciparum*, est endémique dans la plus grande partie de la région (OMS, 2016).

Plus d'un million de nourrissons meurent chaque année au cours des quatre premières semaines de leur vie, ce qui reflète en partie la faiblesse des programmes de santé maternelle et juvénile existant dans la région.

Des besoins de planification familiale non satisfaits

En Afrique subsaharienne, les femmes et les couples continuent d'avoir des difficultés à contrôler leur vie reproductive. L'accès aux moyens de contraception modernes et l'utilisation de ces méthodes sont faibles par rapport aux autres régions.

Environ 21 pour cent des femmes d'Afrique subsaharienne veulent éviter de tomber enceintes, mais n'utilisent pas de méthode de contraception moderne et, par conséquent, présentent un besoin de planification familiale « non satisfait » (Gutmacher Institute, 2017). Par ailleurs, chaque année, dans la région, 19,7 millions de grossesses

(soit 38 pour cent) ne sont pas planifiées. En Afrique subsaharienne, le recours aux moyens de contraception modernes chez les femmes mariées ou en concubinage est plus répandu en milieu urbain qu'en milieu rural (figure 9).

Plusieurs raisons expliquent la non-satisfaction des besoins de contraception en Afrique subsaharienne, mais aussi dans d'autres régions en développement, notamment l'impossibilité d'accéder à la méthode de contraception souhaitée ou sa disponibilité irrégulière ; des inquiétudes concernant l'innocuité et les effets secondaires des contraceptifs ; leur coût ; l'opposition de la famille ; l'existence de lois qui empêchent les jeunes ou les personnes non mariées d'accéder à la contraception ; et la présence de prestataires de services non qualifiés ou moralisateurs (Sedgh *et al.*, 2016b).

Le mariage des enfants

Le mariage des enfants touche les filles de manière disproportionnée. En Afrique subsaharienne, environ 38 pour cent des femmes sont mariées avant l'âge de 18 ans, et 12 pour cent avant l'âge de 15 ans (UNICEF, 2018). Dans toute la région, le Niger affiche le taux le plus élevé, avec 76 pour cent de filles mariées avant l'âge de 18 ans.

La plupart des naissances chez les adolescentes (95 pour cent) enregistrées dans le monde se produisent dans des pays en développement ; parmi ces naissances, 9 sur 10 ont lieu dans le cadre d'un mariage ou d'un concubinage. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, les complications liées à la grossesse (telles que des hémorragies, une septicémie ou un travail prolongé) et aux avortements non médicalisés sont les principales causes de décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans.

En outre, le mariage des enfants et la grossesse précoce associée ont des effets socioéconomiques négatifs, car ces pratiques empêchent les filles de poursuivre normalement leur scolarité, limitant ainsi les possibilités futures d'emploi rémunéré à l'extérieur du foyer. Les conséquences qui en découlent incluent notamment le sous-emploi et une baisse des revenus à l'âge adulte (Lee, 2010 ; Herrera et Sahn, 2015 ; Wodon *et al.*, 2017).

FIGURE 9 Pourcentage de femmes mariées utilisant une méthode de contraception moderne, milieu rural/milieu urbain



Source : ICF



© Mark Tuschman

De manière générale, le mariage des enfants empêche les filles d'avoir leur mot à dire dans les décisions qui les concernent, nuit à l'autonomisation des femmes et contribue à la transmission des inégalités entre les sexes d'une génération à l'autre (Hindin, 2012). Par ailleurs, les filles mariées avant l'âge adulte sont plus vulnérables à la maltraitance, un problème qui est accentué par la grande différence d'âge avec leur partenaire. Elles ont en outre rarement accès à des services de planification familiale et à des informations en la matière.

Déterminer l'avenir de l'Afrique grâce au dividende démographique

Environ 60 pour cent de la population de la région a moins de 25 ans. Le nombre important et croissant de jeunes en Afrique subsaharienne présente une occasion, limitée dans le temps, d'accélérer la croissance économique grâce au dividende démographique, en vue duquel l'Union africaine a mis au point une feuille de route (Commission de l'Union africaine, 2017).

On entend par dividende démographique le potentiel de croissance économique résultant de l'évolution de la pyramide des âges de la population d'un pays, caractérisée par une part de

la population en âge de travailler plus importante que celle de la population n'ayant pas l'âge de travailler. Cette évolution se produit quand les taux de mortalité commencent à baisser mais que les taux de fécondité restent élevés, ce qui entraîne une population très importante de jeunes, à la fois en termes absolus et relatifs par rapport au nombre de personnes âgées. À mesure que ces jeunes atteignent l'âge de travailler, le pourcentage élevé d'adultes actifs par rapport aux personnes dépendantes peut aider les économies à stimuler la croissance, de manière temporaire mais significative (Lee et Mason, 2006).

Néanmoins, l'ampleur et l'impact du dividende démographique dépendent du niveau d'investissement réalisé dans le capital humain de ces jeunes. S'ils sont autonomes, instruits et intégrés au marché du travail, ils pourront aider les pays à tirer parti du dividende démographique ; dans le cas contraire, ils devront recevoir de l'aide et seront donc eux-mêmes dépendants.

Étant donné que la plupart des pays d'Afrique subsaharienne amorcent leur transition démographique, le moment est propice à l'intensification d'investissements ciblés dans les domaines de l'éducation et de la santé, notamment

la santé reproductive, afin de donner aux populations nombreuses et croissantes de jeunes de la région les moyens d'exploiter les possibilités économiques qui se présenteront dans les années à venir.

L'obtention d'un dividende démographique dépend également des performances des marchés du travail et des capitaux, et de la capacité des gouvernements à créer un environnement favorable aux investissements privés locaux et étrangers. Les actions menées pour renforcer l'offre de travail grâce à des investissements dans le capital humain doivent être appuyées par une forte croissance économique, qui augmente la demande de travail. Ces deux conditions sont essentielles pour offrir aux individus des emplois productifs et rémunérateurs, ou pour encourager véritablement l'entrepreneuriat.

Si les pays parviennent à tirer le meilleur parti du dividende démographique, ce phénomène permettra d'accélérer la croissance économique et la réduction de la pauvreté. Certains de ces résultats sont déjà visibles aujourd'hui. Après les « décennies perdues » des années 1980 et 1990, la situation économique de l'Afrique subsaharienne s'est grandement améliorée, et le continent tout entier a pratiquement vu son produit intérieur brut (PIB) par habitant doubler entre 2000 et 2016 (figure 10).

Le Zimbabwe est le seul pays qui a connu un ralentissement économique au cours de ces 16 dernières années. Deux pays, l'Éthiopie et le Rwanda, ont triplé leur PIB par habitant. Pour tous les pays de la région, l'un des défis consiste à maintenir ou accélérer la croissance économique afin de suivre la demande de services – notamment dans les domaines de l'éducation et de la santé – et d'emplois, qui augmentera à mesure que la population s'accroît. Toutefois, malgré les progrès accomplis dans beaucoup de pays les plus pauvres, ces derniers accusent un retard plus important par rapport aux pays plus développés.

L'ampleur du dividende démographique dépend en partie de la vitesse de la baisse de la fécondité, laquelle repose pour sa part sur deux facteurs : le degré de protection de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles, et la mesure dans laquelle ces dernières disposent du pouvoir, des moyens et des informations

FIGURE 10 Produit intérieur brut par habitant
(parité de pouvoir d'achat ;
dollars internationaux courants)

| PAYS/RÉGION | 2000 | 2016 | PIB PAR HABITANT 2016/2000 |
|-----------------------------------|--------|--------|-------------------------------|
| Angola | 2 781 | 6 499 | 2,34 |
| Bénin | 1 321 | 2 168 | 1,64 |
| Burkina Faso | 829 | 1 720 | 2,07 |
| Burundi | 598 | 778 | 1,30 |
| Cameroun | 1 987 | 3 286 | 1,65 |
| Congo | 3 551 | 5 719 | 1,61 |
| Congo, République démocratique du | 419 | 801 | 1,91 |
| Côte d'Ivoire | 2 336 | 3 720 | 1,59 |
| Gabon | 14 095 | 18 108 | 1,28 |
| Ghana | 1 791 | 4 294 | 2,40 |
| Guinée | 896 | 1 311 | 1,46 |
| Éthiopie | 490 | 1 735 | 3,54 |
| Kenya | 1 690 | 3 156 | 1,87 |
| Libéria | 665 | 813 | 1,22 |
| Madagascar | 1 145 | 1 506 | 1,32 |
| Malawi | 686 | 1 169 | 1,70 |
| Mali | 1 160 | 2 117 | 1,83 |
| Mauritanie | 2 181 | 3 854 | 1,77 |
| Niger | 597 | 978 | 1,64 |
| Nigéria | 2 258 | 5 867 | 2,60 |
| Ouganda | 846 | 1 849 | 2,19 |
| République centrafricaine | 649 | 699 | 1,08 |
| Rwanda | 623 | 1 913 | 3,07 |
| Sénégal | 1 512 | 2 568 | 1,70 |
| Sierra Leone | 723 | 1 473 | 2,04 |
| Soudan | 1 812 | 4 730 | 2,61 |
| Tanzanie | 1 174 | 2 787 | 2,37 |
| Tchad | 787 | 1 991 | 2,53 |
| Togo | 1 012 | 1 491 | 1,47 |
| Zambie | 1 667 | 3 922 | 2,35 |
| Zimbabwe | 2 038 | 2 006 | 0,98 |
| Afrique subsaharienne | 1 900 | 3 711 | 1,95 |

Source : Banque mondiale (2017)

nécessaires pour décider librement de tomber enceinte ou non, et quand et à quelle fréquence.

Un meilleur accès à l'éducation formelle contribue fortement à la baisse de la fécondité ; plus longtemps les filles poursuivent leur scolarité, moins elles risquent de se marier – et de tomber enceintes – avant l'âge adulte. Les femmes instruites sont en outre mieux armées pour surmonter, plus tard dans leur vie, les obstacles qui les empêchent d'accéder à des emplois décentes et rémunérés.

Le dividende démographique envisagé par l'Union africaine en 2017 ne peut être entièrement obtenu si les inégalités entre les sexes et la discrimination sexiste persistent, laissant de nombreuses femmes et filles dans un état de faiblesse et privées de leurs droits.

L'avenir

La baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne ne pourra pas s'accélérer si les normes qui encouragent une fécondité élevée ne changent pas plus rapidement. Il convient notamment de modifier les systèmes sociaux et économiques qui se sont développés en réponse à la forte mortalité, en particulier ceux qui concernent les rôles dévolus aux femmes et aux hommes dans la société.

L'urbanisation et la modernisation des économies africaines ont créé de nouvelles perspectives de réussite économique pour les femmes en dehors du foyer. Parallèlement, l'urbanisation, les niveaux plus élevés d'éducation chez les femmes et les filles, ainsi que la baisse de la mortalité infantile et juvénile ont contribué à réduire peu à peu le désir d'avoir beaucoup d'enfants.

Une baisse plus importante et plus rapide de la fécondité dépendra de la capacité des personnes et des couples à décider par eux-mêmes du nombre d'enfants qu'ils veulent avoir. Dans la plupart des pays d'Afrique, les programmes de planification familiale ne sont pas suffisamment développés pour fournir des services de qualité à ceux qui en ont le plus besoin, en particulier les populations pauvres vivant en milieu urbain et rural. Faire en sorte que des services de planification familiale de qualité soient plus largement et plus systématiquement accessibles pourrait accroître la demande de ces services et, en fin de compte, réduire la fécondité.



GROS PLAN SUR LE KENYA

« Nous voulons offrir à nos enfants une meilleure vie que la nôtre. »

Sharrow, 32 ans



Les Kényans veulent moins d'enfants pour pouvoir leur offrir une vie meilleure.

© Matchbox Media/Alice Oldenburg pour le compte de l'UNFPA

Sharrow est tombée enceinte peu après avoir épousé Stanley, alors que le couple avait prévu d'attendre quelques années avant de fonder une famille.

Après la naissance de leur fils Christiano, ils ont décidé de se concentrer sur son éducation afin de lui offrir la meilleure vie possible. Ce choix impliquait de recourir à la planification familiale pour éviter une autre grossesse.

Au Kenya, la population préfère avoir moins d'enfants pour mieux s'occuper de ceux qui sont déjà là, explique Dan Okoro, spécialiste en santé sexuelle et reproductive au bureau de l'UNFPA de Nairobi. De plus en plus de couples font appel à la planification familiale pour éviter, retarder ou espacer les grossesses.

Depuis les années 1970, époque à laquelle on comptait en moyenne plus de huit naissances par femme, le nombre d'enfants par foyer a diminué. Aujourd'hui, les Kényanes accouchent en moyenne un peu moins de quatre fois au cours de leur vie. La baisse de la fécondité est en partie attribuée à un meilleur accès à des moyens de contraception gratuits ou peu onéreux, ainsi qu'à des informations sur leur utilisation.

La planification familiale est de plus en plus utilisée par les jeunes femmes sexuellement actives. « De façon générale, les tabous liés à la planification familiale appartiennent au passé, affirme Rachel Muthui, volontaire dans le centre de santé Family Health Option Kenya, appuyé par l'UNFPA et destiné aux jeunes. Les jeunes femmes d'aujourd'hui se

sentent autonomes et sont capables de faire leurs propres choix.

Les services de planification familiale aident également les adolescentes à éviter de tomber enceintes et à terminer leur scolarité, leur donnant ainsi les moyens d'obtenir de bons emplois, ajoute Rachel Muthui. Les adolescentes qui tombent enceintes arrêtent généralement l'école plus tôt, ce qui compromet leurs chances de trouver un travail bien rémunéré dans l'avenir. C'est pour cela que les filles doivent connaître les options offertes par la planification familiale avant d'être actives sexuellement. »

Au niveau national, six femmes mariées sur dix utilisent un moyen de contraception moderne. En




revanche, dans certaines régions rurales, une femme sur vingt seulement utilise une méthode moderne. Une partie du problème est liée au manque de services dans les endroits reculés. Mais une autre partie vient, dans certaines communautés, du fait que les femmes n'ont pas le pouvoir de décider librement d'éviter une grossesse, ce à quoi s'ajoute le manque d'informations sur les différents moyens de contraception existants, explique Josephine Kibaru-Mbae, directrice générale du Conseil national pour la population et le développement du Kenya.


Sharrow et Stanley ont eu recours à la planification familiale pendant sept ans, jusqu'à ce que leur fils

termine l'école primaire. Leur deuxième enfant, Tina, est venue au monde l'année dernière. Avant la naissance de Tina, le couple avait réussi à mettre suffisamment d'argent de côté pour inscrire leur fils, à présent âgé de 8 ans, dans un bon établissement d'enseignement secondaire. Sharrow utilise de nouveau un contraceptif ; elle a l'intention de reprendre ses études et de lancer sa propre activité de traiteur.

« Nous voulons offrir à nos enfants une meilleure vie que la nôtre, explique-t-elle. Je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour les aider à réaliser leurs rêves. »



**Sharrow et Stanley ont eu
recours à la planification
familiale pendant sept ans —
jusqu'à ce que leur fils termine
l'école primaire — avant
d'avoir leur deuxième enfant.**



Variations par rapport au processus habituel de transition de la fécondité

CHAPITRE 3

Normalement, la fécondité commence à diminuer lorsque le développement socioéconomique s'accélère, selon la théorie traditionnelle de la transition démographique (Notestein, 1953 ; Easterlin, 1975). À mesure que les pays s'industrialisent, et que la population devient plus instruite et s'urbanise, les coûts associés à l'arrivée d'un enfant augmentent et les avantages d'avoir une famille nombreuse disparaissent.



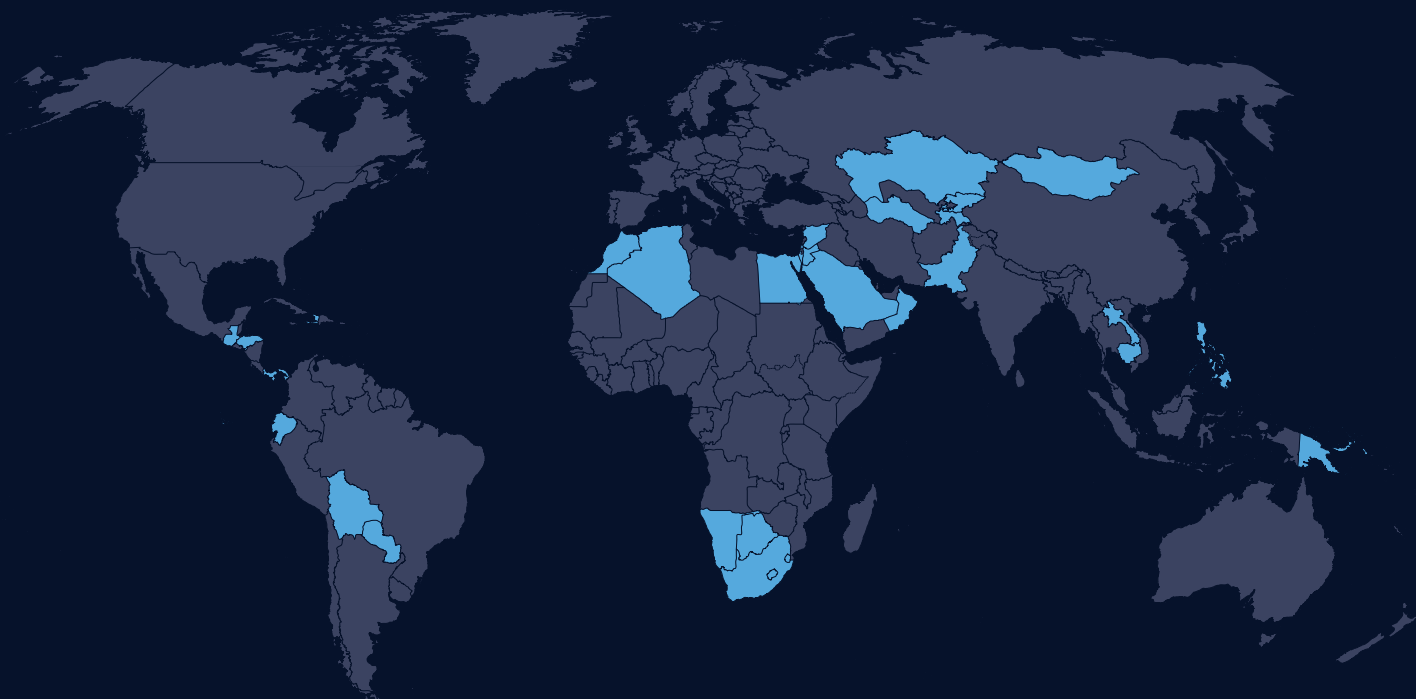
© Chris Stowers/Panos Pictures

L'ensemble de ces facteurs pousse généralement les personnes à vouloir moins d'enfants. Habituellement, une fois qu'un pays a amorcé la transition de la fécondité, cette dernière se poursuit jusqu'à ce que le taux de fécondité atteigne plus ou moins le seuil de remplacement : 2,1 naissances par femme.

Bien que l'on observe ce processus typique de transition de la fécondité dans la plupart des pays, des schémas différents ont émergé dans des pays qui affichent aujourd'hui des taux de fécondité compris entre 2,5 et 3,9 naissances par femme (figure 11).

Dans certains d'entre eux, la baisse de la fécondité s'est ralentie, alors que ce phénomène avait lieu depuis longtemps ; dans d'autres, la fécondité a augmenté de nouveau, après une diminution de plusieurs années. Dans le premier cas, ce ralentissement est parfois dû à la réduction des dépenses publiques affectées aux programmes de planification familiale. Dans le deuxième cas, l'augmentation du taux de fécondité se produit généralement après la fin d'une crise économique ou d'une autre nature.

TAUX DE FÉCONDITÉ ENTRE 2,5 AND 3,9 NAISSANCES PAR FEMME



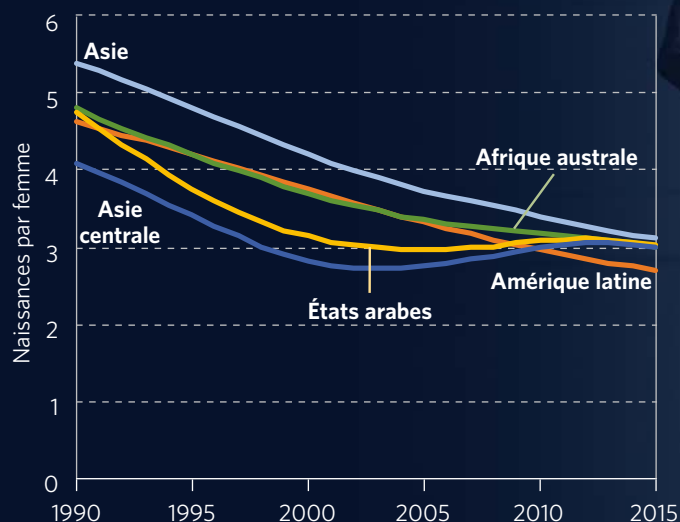
Tous ces pays ont connu une baisse importante de la fécondité dans les années 1990, mais les taux ont commencé à évoluer différemment après 2000, de nettes disparités étant observées entre les régions et les sous-régions (figure 14). Dans cinq pays d'Asie du Sud et du Sud-Est, par exemple, le taux de fécondité moyen a diminué de manière régulière entre 1990 et 2015, passant de 5,3 à 3,1 naissances par femme. Au cours de la même période, le taux de fécondité moyen a également baissé de façon continue dans sept pays d'Amérique latine et des

Caraïbes, passant de 4,6 à 2,7 naissances par femme. En Afrique australe, les taux de fécondité ont commencé à diminuer pendant les années 1990, mais le rythme s'est considérablement ralenti après 2000, passant d'une moyenne de 3,7 à 3 naissances seulement par femme entre 2000 et 2015. Dans les États arabes et les pays d'Asie centrale, la fécondité était en baisse au début des années 2000, puis a augmenté de nouveau.

Bien que 30 pays affichent des taux de fécondité compris entre 2,5 et 3,9 naissances par femme,

FIGURE 12

Évolution des taux globaux de fécondité moyens dans 15 pays, regroupés par région, 1990-2015



© Giacomo Pirozzi

ce chapitre ne concerne que les 15 pays dans lesquels les enquêtes démographiques et de santé menées en 2000 ou après cette date ont permis de recueillir des données sur les grossesses non désirées et inopportunes, les besoins de contraception non satisfaits, ainsi que les niveaux de fécondité par niveau d'éducation : la Bolivie, le Cambodge, l'Égypte, l'Eswatini, le Guatemala, le Honduras, la Jordanie, le Kirghizistan, le Lesotho, le Maroc, la Namibie, le Pakistan, les Philippines, le Tadjikistan et le Turkménistan. Ce chapitre n'examine pas les

Tous ces pays ont connu une baisse importante de la fécondité dans les années 1990, mais les taux ont commencé à évoluer différemment après 2000.

tendances en matière de fécondité des pays pour lesquels seules des données incomplètes ou récentes sont disponibles, ou présentant une situation économique, démographique ou autre radicalement différente de celle des 15 pays étudiés.

Naissances inopportunes et grossesses non planifiées

Comme l'ont affirmé 179 pays à l'occasion de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, les personnes et les couples ont le droit de décider librement d'avoir des enfants ou non, et quand et à quelle fréquence. Pourtant, dans les pays où la fécondité stagne ou est repartie à la hausse – et dans presque tous les autres pays du monde –, de nombreuses femmes ont des difficultés à faire valoir ce droit. Ces difficultés se traduisent par des grossesses non planifiées ou non désirées, des naissances inopportunes et des avortements.

Grossesses non désirées

On considère qu'une grossesse (ou une naissance) n'est pas désirée si elle survient alors qu'une femme a déjà le nombre d'enfants

qu'elle souhaite (Rutstein et Rojas, 2006). Les données recueillies dans le cadre du programme international d'enquêtes démographiques et de santé révèlent que, parmi les 15 pays examinés dans ce chapitre, le niveau moyen de naissances non désirées varie de 1,7 en Eswatini à 0,2 au Kirghizistan et au Turkménistan (figure 13).

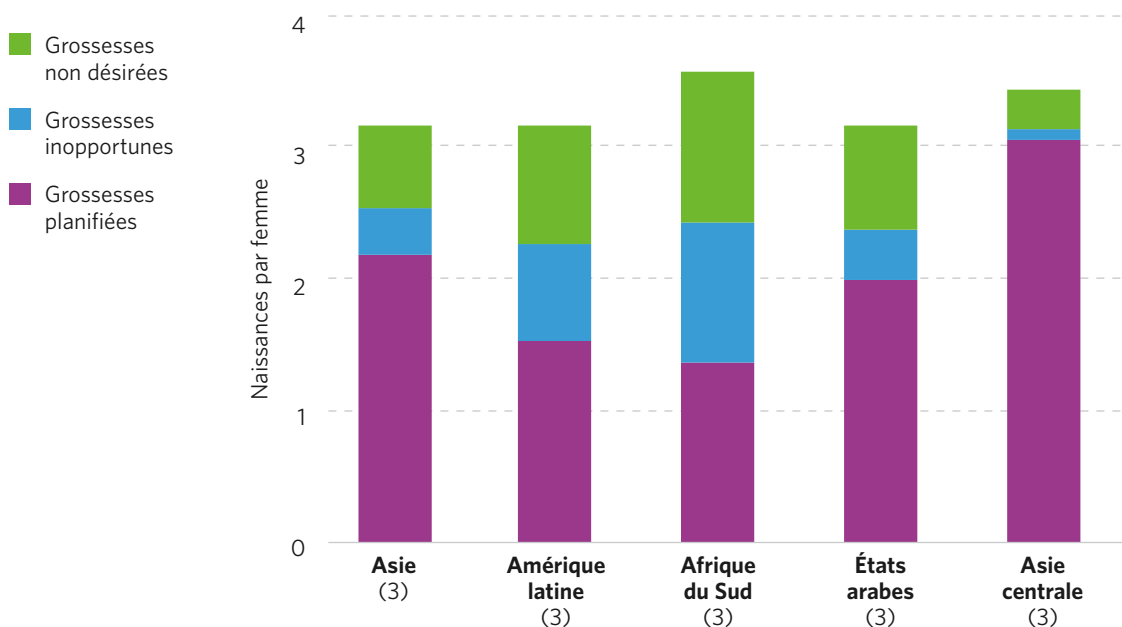
Naissances inopportunes

Une naissance inopportune est une naissance désirée qui survient plus tôt que prévu. Parmi les 15 pays examinés, le niveau moyen de naissances inopportunes varie de 1,4 en Namibie à 0,06 au Turkménistan.

Avortements

On ne dispose pas de statistiques complètes et fiables sur l'avortement – qu'il soit médicalisé ou non, légal ou illégal – pour les 15 pays de ce chapitre. Néanmoins, le Guttmacher Institute estime que le pourcentage de grossesses qui se terminent par un avortement en Afrique australe, en Amérique latine et en Asie centrale s'élève respectivement à 24 %, 34 % et 26 %.

FIGURE 13 Grossesses non désirées, inopportunes et planifiées dans 15 pays répartis dans cinq régions



Non-satisfaction des besoins de contraception

Dans les 15 pays examinés dans ce chapitre (et dans le reste du monde), la principale cause directe de grossesses non planifiées est le fait que certaines femmes qui ne veulent pas tomber enceintes n'utilisent pas de moyen de contraception. On considère que ces femmes présentent un besoin de contraception non satisfait (Westoff et Bankole, 1995).

Le degré de non-satisfaction des besoins varie considérablement entre les sociétés. Les données recueillies dans le cadre du programme d'enquêtes démographiques et de santé révèlent que, dans les 15 pays examinés, la non-satisfaction des besoins de contraception oscille entre 25 % en Eswatini et 11 % au Honduras (figure 14).

Certaines femmes présentant un besoin de contraception non satisfait veulent espacer leurs grossesses, tandis que d'autres ont déjà le nombre d'enfants qu'elles désirent et souhaitent éviter d'autres grossesses.

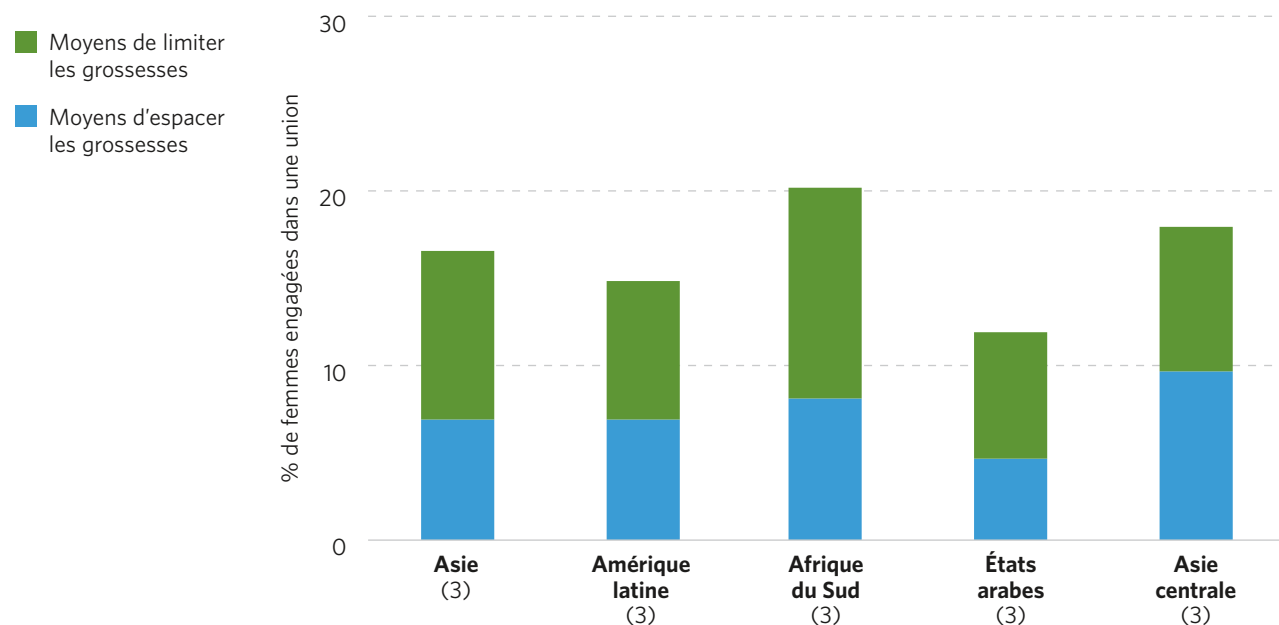
Comme dans de nombreux autres pays, divers facteurs sociaux, économiques et sanitaires



© Abbie Trayler-Smith/Panos Pictures

FIGURE 14

Pourcentage de femmes présentant un besoin de contraception non satisfait dans 15 pays répartis dans cinq régions



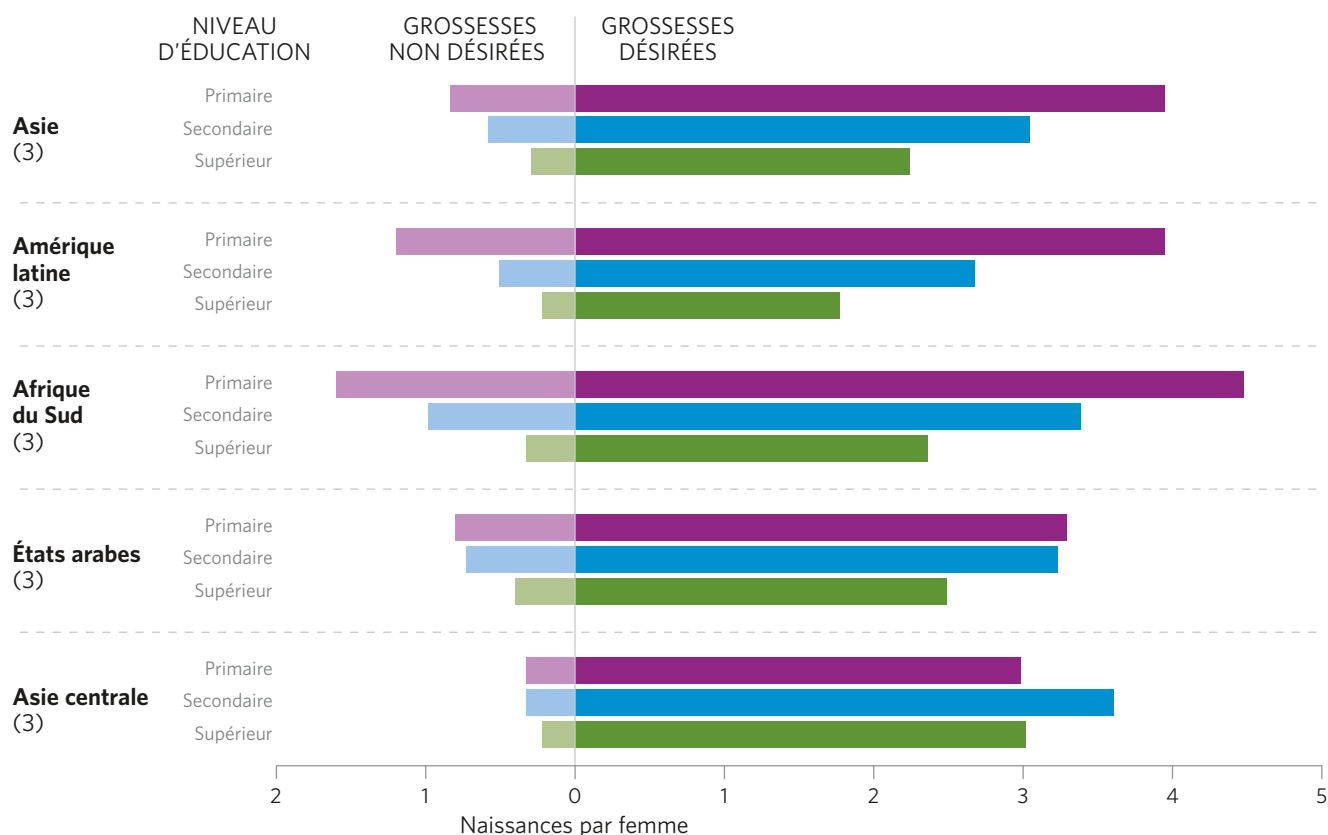
empêchent les femmes et les hommes qui le souhaitent de recourir à la contraception (Bongaarts *et al.*, 2012 ; Sedgh et Hussain, 2014). Les obstacles auxquels ils se heurtent incluent une méconnaissance des méthodes contraceptives ou des prestataires de services, le coût des méthodes et des services, ainsi que des inquiétudes liées à la santé, aux effets secondaires et à l'acceptabilité sociale. Les craintes relatives à la santé constituent une des raisons les plus souvent avancées pour ne pas utiliser de contraception. Parmi les 15 pays où des enquêtes démographiques et de santé ont été menées récemment, c'est aux Philippines (26 pour cent) que les femmes évoquent le plus souvent des inquiétudes liées la santé et aux effets secondaires. Les inégalités entre les sexes, qui se

traduisent par le fait que les conjoints ne tiennent pas compte de la décision des femmes de recourir à la contraception, sont un autre obstacle majeur.

Facteurs socioéconomiques

Dans les 15 pays examinés dans ce chapitre, comme dans la plupart des autres pays, la fécondité est généralement plus faible chez les femmes possédant un niveau d'éducation plus élevé (figure 15). Parmi ces 15 pays, les trois pays d'Amérique latine et des Caraïbes sont ceux qui présentent les plus grandes disparités en matière de fécondité entre les femmes les plus instruites et les moins instruites. Ces différences reflètent en partie des niveaux plus importants d'inégalités socioéconomiques.

FIGURE 15 Grossesses désirées et non désirées par niveau d'éducation, dans 15 pays répartis dans cinq régions



Sources : ICF ; EDS et USAID (2018)



Aider les adolescentes boliviennes à éviter les grossesses.

GROS PLAN SUR LA **BOLIVIE**

© Sanne de Wilde pour le compte de l'UNFPA/NOOR

*« Les jeunes femmes
de Punata sont de
plus en plus fortes
et autonomes. »*

Duveiza, 23 ans

Duveiza Alcozer Villaroel, 23 ans, est assise au bout de la table autour de laquelle le conseil des jeunes de Punata est réuni.

Sur le mur, une bannière colorée proclame : « Juventudes de Punata unidos por nuestros derechos ». Elle décrit exactement ce qui se passe dans cette pièce : les adolescents de Punata défendent leurs droits.

Située près du lac Alalay (qui signifie « très froid » en quechua), la ville de Punata se trouve dans le département de Cochabamba, le centre économique de cette région de Bolivie. Elle compte 35 000 habitants, dont presque un tiers de jeunes.

En 2012, la Bolivie a adopté une loi sur la création de conseils de jeunes, afin de permettre aux adolescents de faire entendre leur voix dans les politiques et la gouvernance du pays. Punata est la première ville à s'être dotée de l'un de ces conseils.


« Il y a beaucoup à faire ici, à Punata, en particulier en ce qui concerne les grossesses précoces, indique Duveiza Alcozer Villaroel, présidente du conseil. Nous ferions mieux de commencer. »

Elle explique que des adolescentes de sa communauté tombent enceintes parce qu'elles ne connaissent rien à la sexualité ou ne savent pas comment éviter une grossesse, et ont peur de demander des renseignements. « Je les comprends, dit-elle. Je suis moi-même tombée enceinte à 19 ans.

On n'oublie jamais le jour où l'on découvre sa grossesse, déclare-t-elle. C'est comme une douche froide. »

Il est indispensable de permettre aux adolescentes de parler de sexualité, pour les aider à éviter de tomber enceintes avant qu'elles ne soient prêtes. Beaucoup d'entre elles sont gênées ou ont honte de poser des questions, et beaucoup d'autres sont trop mal à l'aise pour aller demander des contraceptifs dans un centre de santé.

© Sanne de Wilde pour le compte de l'UNFPA/NOOR



Il est indispensable de permettre aux adolescentes de parler de sexualité, pour les aider à éviter de tomber enceintes avant qu'elles ne soient prêtes.

Les conseils de jeunes comme celui de Punata contribuent à briser les tabous sur la sexualité, la grossesse et la contraception, ce qui donne aux filles plus de pouvoir sur leur vie.

Luigi Burgoa, qui travaille à l'UNFPA, indique qu'il y a quatre ou cinq ans, les jeunes ne parlaient pas de contraception. Depuis la création de ces conseils, tout a changé. « Les jeunes femmes de Punata sont de plus en plus fortes et autonomes », dit-il.

Duveiza Alcozer Villaroel dit qu'elle aime son fils, qui a aujourd'hui 4 ans, mais qu'elle veut tout de même faire tout ce qui est en son pouvoir pour aider les adolescentes à tomber enceintes seulement quand elles sont prêtes, et à éviter l'angoisse et la stigmatisation qui vont souvent de pair avec une grossesse précoce. Elle et les autres membres du conseil des jeunes se rendent sur les marchés et dans les lieux où les adolescents se retrouvent pour distribuer des tracts sur la sexualité et la contraception, afin de les aider à comprendre comment éviter une grossesse.

« Parfois, des jeunes sont embarrassés et s'éloignent quand ils voient nos tracts », dit-elle. D'autres fois, ils « haussent les épaules avec gêne quand ils lisent des mots comme "préservatif" ou "implant". »

Quand Duveiza Alcozer Villaroel est tombée enceinte, elle était dans sa dernière année d'études. « Cela a été extrêmement difficile, mais j'ai réussi à terminer mon année et à obtenir mon diplôme. J'emmenais mon enfant partout où j'allais. »

« J'avais beaucoup de projets, ajoute-t-elle. Parfois, en tant que mère, on est obligée de choisir entre son travail et soi-même. J'étais résolue à trouver un équilibre ; je voulais travailler et m'épanouir pleinement, pour que mon enfant soit fier de moi. »

Chez les femmes plus instruites, le taux de survie des nouveau-nés et des enfants est plus élevé ; en outre, ces femmes se marient généralement plus tard et sont plus autonomes dans les décisions liées à la procréation. Tous ces éléments sont corrélés à une fécondité plus faible. Elles ont également des revenus plus élevés ; par conséquent, elles doivent parfois renoncer à leur salaire pour avoir des enfants. Par ailleurs, elles disposent généralement d'un meilleur accès aux moyens de contraception et d'une meilleure connaissance de ces derniers, ainsi que de leurs avantages. Elles sont donc plus enclines à les utiliser.

Les programmes de planification familiale soutenus par les gouvernements ont un effet plus grand sur la fécondité des femmes pauvres et moins instruites, car ils leur offrent davantage de possibilités de contrôler le nombre et la survenue des grossesses. En effet, tandis que les femmes plus riches et plus instruites ont les moyens de contrôler leur fécondité comme elles le souhaitent, les femmes pauvres font face à des obstacles économiques de taille qui les empêchent d'accéder à la contraception, et dépendent donc des services gratuits proposés dans le cadre des programmes nationaux. Dans les pays qui ont mis en place de solides programmes nationaux de planification familiale, le nombre de grossesses non désirées est généralement plus faible. Parmi les 15 pays examinés dans ce chapitre, les États arabes et les pays d'Asie se sont dotés de programmes plus solides. Ce sont ces pays qui affichent le moins de disparités en matière de grossesses non désirées par niveau d'éducation.

Stagnation et augmentation de la fécondité

En principe, une fois la transition amorcée, la fécondité baisse jusqu'à atteindre plus ou moins le seuil de remplacement. Pourtant, plusieurs pays ont connu une baisse régulière de la fécondité, qui s'est ensuite ralentie, voire inversée, notamment l'Algérie, l'Égypte, le Kazakhstan, le Kirghizistan, le Maroc, la Namibie, le Panama, le Tadjikistan et le Turkménistan.

Les crises économiques, les guerres et les famines peuvent pousser les couples à éviter temporairement

les grossesses. Par exemple, en Algérie, la fécondité a atteint plus ou moins le seuil de remplacement dans les années 1990, décennie marquée par une période de conflit dans le pays. En 2010, après la fin du conflit, la fécondité est repartie à la hausse, s'élevant à près de trois naissances par femme.

De même, la crise économique qui a frappé les pays d'Asie centrale au début des années 1990 s'est accompagnée d'une baisse de la fécondité (figure 16). Une fois les pays sortis de la crise, au début des années 2000, la fécondité est repartie à la hausse. À mesure que la situation économique a continué de s'améliorer, la fécondité a recommencé à baisser.

Dans ces quatre pays d'Asie centrale, la non-satisfaction des besoins de contraception moderne peut également favoriser la fécondité. Au Tadjikistan et au Kirghizistan, près d'une femme sur cinq présente un besoin non satisfait de contraception, qui découle en partie d'un accès limité aux services de planification familiale (en particulier dans les zones rurales), d'un éventail restreint de méthodes

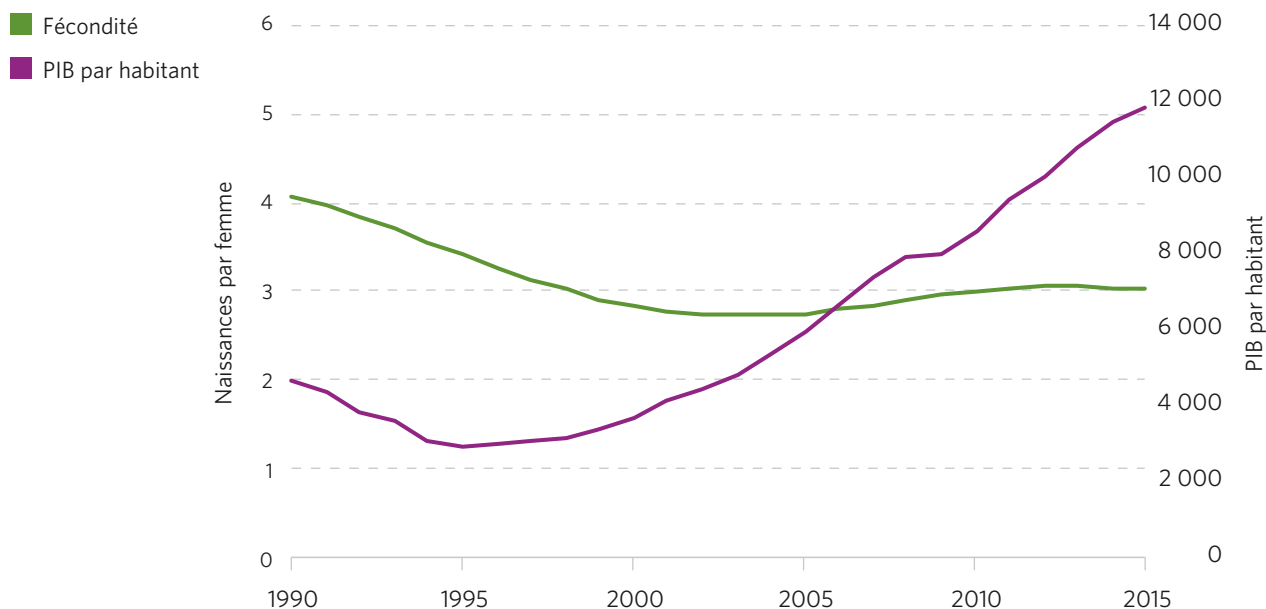
contraceptives, du coût élevé de la contraception et d'un pouvoir de décision limité en la matière.

Les besoins des femmes mariées âgées de 15 à 24 ans sont moins satisfaits que ceux des femmes âgées de 25 à 49 ans. Au Kirghizistan, par exemple, entre 1997 et 2012, la non-satisfaction des besoins des jeunes femmes mariées a augmenté de 8,6 points de pourcentage, tandis que le recours à la contraception a fortement chuté, passant de 45,5 % à 19,3 %.

Malgré l'existence de services de santé adaptés aux jeunes dans certains pays, les établissements scolaires ne proposent généralement pas d'éducation complète à la sexualité conforme aux recommandations de l'UNFPA et de l'UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture). En outre, le mariage des enfants persiste, et les filles mariées disposent d'un accès restreint ou inexistant aux services de santé reproductive, y compris la planification familiale. Le refus de la contraception de la part de leur mari

FIGURE 16

Évolution du produit intérieur brut par habitant (parité de pouvoir d'achat) et de fécondité, moyenne de quatre pays d'Asie centrale



Sources : Nations Unies (2017) et Banque mondiale (2017)

ou de leur belle-famille est l'un des obstacles majeurs auxquels se heurtent ces enfants.

D'autres raisons qu'une crise peuvent entraîner une baisse de la fécondité. Par exemple, elle peut diminuer temporairement quand un grand nombre de femmes choisissent de retarder une grossesse pour terminer leurs études secondaires ou universitaires, ou pour débiter une carrière. Une fois que ces femmes ont achevé leurs études supérieures et lancé leur carrière, elles peuvent alors décider de fonder une famille, et les taux de fécondité augmentent.

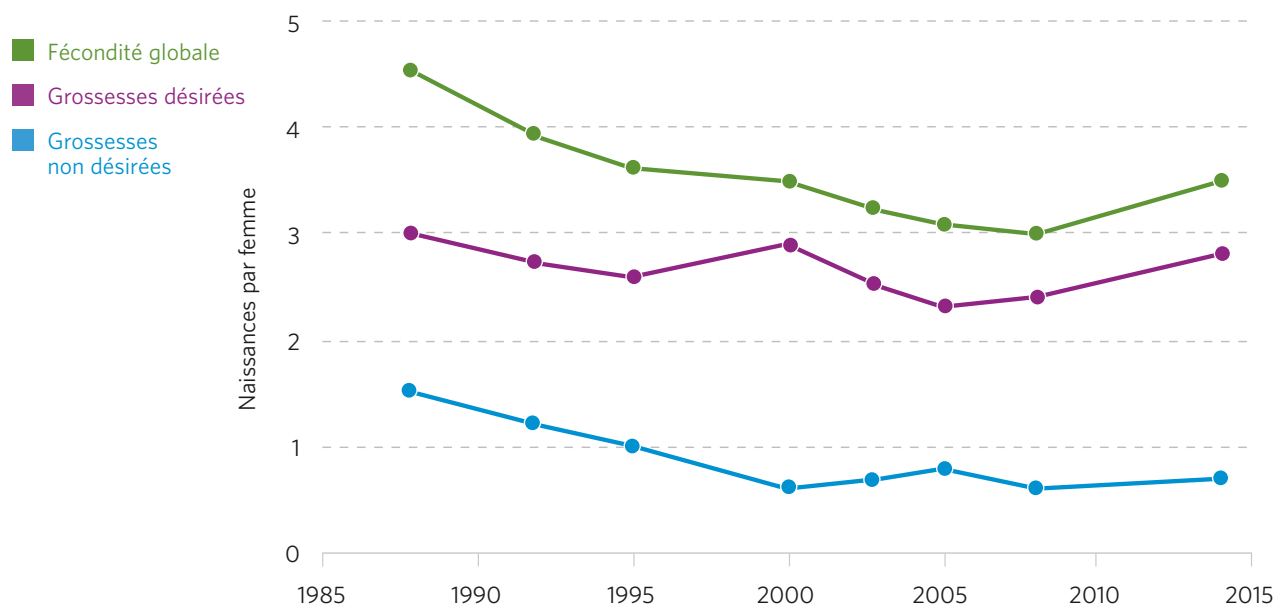
Par ailleurs, la réduction des dépenses consacrées aux programmes de planification familiale peut également ralentir la baisse de la fécondité, ou faire remonter cette dernière (Blanc et Tsui, 2005). Par exemple, en Égypte, la fécondité a diminué de manière régulière, passant de 4,5 naissances par femme en 1988 à 3 naissances par femme en 2008, avant de repartir à la hausse avec 3,5 naissances par femme en 2014 (figure 17). Avant 2008, l'État avait investi massivement dans la planification familiale, avec le soutien de bailleurs de fonds étrangers. Grâce

à ces investissements, qui avaient rendu les services disponibles dans tout le pays, les connaissances sur la contraception s'étaient largement développées et presque toute la population savait que les méthodes de contraception modernes permettaient aux personnes et aux couples d'avoir moins d'enfants.

Entre 2000 et 2007, l'aide internationale à la planification familiale en Égypte s'élevait en moyenne à 33 millions de dollars par an. Depuis 2008, cette aide s'est effondrée, atteignant à peine 3 millions de dollars par an en 2011 et 2012, et affaiblissant ainsi le programme.

L'État a augmenté ses propres financements pour combler ce manque, mais le montant n'était pas suffisant pour rétablir les programmes et les services à leurs niveaux d'avant 2007. Cette baisse des financements a eu des répercussions sur la fourniture des services et les campagnes d'information. Par ailleurs, avant 2007, les deux principales chaînes de télévision du pays diffusaient des campagnes d'information gratuitement. Ces dernières années, ce sont de nouvelles chaînes privées, qui n'accordent

FIGURE 17 Évolution de la fécondité en Égypte, 1988-2014



Sources : ICF ; EDS et USAID (2018)

pas de temps d'antenne gratuit à ces campagnes, qui rassemblent le plus de téléspectateurs. Par conséquent, le nombre de personnes recevant des informations sur les bénéfices de la planification familiale a diminué, ce qui a contribué à une hausse de la fécondité.

Où s'arrête la transition de la fécondité ?

Comme nous l'avons vu, dans un certain nombre de pays, l'évolution de la fécondité n'a pas suivi le processus de transition traditionnel. Parfois, après avoir diminué pendant des dizaines d'années, la fécondité a soit stagné, soit augmenté.

Dans certains cas, cet écart par rapport au schéma habituel peut être attribué aux conséquences de conflits ou de crises économiques. Dans d'autres, l'accès limité à l'éventail complet des services et des méthodes de planification familiale existants, en particulier dans les communautés pauvres et rurales, peut être responsable d'une stagnation ou d'une hausse de la fécondité.

Toutefois, ce n'est pas parce que les pays de ce groupe n'ont pas suivi le processus habituel de transition de la fécondité qu'ils n'ont pas accompli leur propre transition. Dans certains pays, il se peut que la transition de la fécondité ne s'arrête pas au seuil de remplacement (2,1 naissances par femme), mais à un taux plus élevé, compris entre 2,5 et 3 naissances par femme. Au Maroc, par exemple, le taux de fécondité, qui s'élève aujourd'hui à environ 2,5 naissances par femme, n'a pas beaucoup changé depuis 2000.

Toutefois, ce n'est pas parce que les pays de ce groupe n'ont pas suivi le processus habituel de transition de la fécondité qu'ils n'ont pas accompli leur propre transition.



GROS PLAN SUR L'ÉGYPTÉ

« Après la naissance de Mahmoud, j'ai recommencé à utiliser une méthode de planification familiale. »

Um Ahmed, 32 ans



« Nous voulons offrir ce qu'il y a de mieux aux enfants que nous avons déjà. »

© UNFPA/Roger Anis

« Nous avons trois enfants, indique Mohamed. Et nous voulons leur assurer un bel avenir à tous les trois. »

Mohamed, 37 ans, et Um Ahmed, 32 ans, se sont mariés il y a 16 ans à Louxor, en Égypte, où ils ont tous les deux passé leur jeunesse. Environ un an après leur union, Um Ahmed a donné naissance à une fille, Mariam, et, deux ans plus tard, à un garçon, Ahmed.

« Après l'arrivée de notre fils, nous avons décidé de ne pas avoir d'autre enfant, et nous avons commencé

à recourir à la planification familiale, explique Mohamed. Nous voulions faire en sorte que les deux enfants que nous avons reçus reçoivent une bonne éducation et restent en bonne santé. »

Cependant, pendant les cinq années suivantes, le père de Mohamed a fait pression sur le couple pour qu'il ait plus d'enfants. Mohamed et Um Ahmed ont fini par céder, et la jeune femme a finalement mis au monde un troisième enfant, Mahmoud. « Après la naissance de Mahmoud, j'ai recommencé à utiliser une méthode de planification familiale », indique Um Ahmed.

Le travail que Mohamed occupait dans le secteur du bâtiment lui a permis de subvenir aux besoins de sa famille jusqu'à il y a environ cinq ans : à cette époque, le nombre de touristes étrangers venus visiter les sites historiques de Louxor a chuté, affaiblissant l'économie de la ville, et Mohamed s'est retrouvé sans emploi. Le couple et son plus jeune fils ont alors déménagé au Caire, tandis que les deux aînés sont restés à Louxor avec la famille afin de poursuivre leurs études.

Aujourd'hui, Mohamed travaille comme gardien dans un immeuble de Nasr City, le quartier le plus densément peuplé du Caire, et vit dans un logement modeste situé au sous-sol. Il consacre une partie de ses revenus au paiement des frais de scolarité de son fils, qui est inscrit dans un établissement où les effectifs sont réduits et les enseignants bien formés. Son fils dit que les mathématiques sont sa matière préférée, et envisage de devenir médecin quand il sera grand.

« Trois enfants, c'est bien assez », affirme Mohamed. Sa femme est du même avis : « Nous voulons offrir ce qu'il y a de mieux aux enfants que nous avons déjà. »

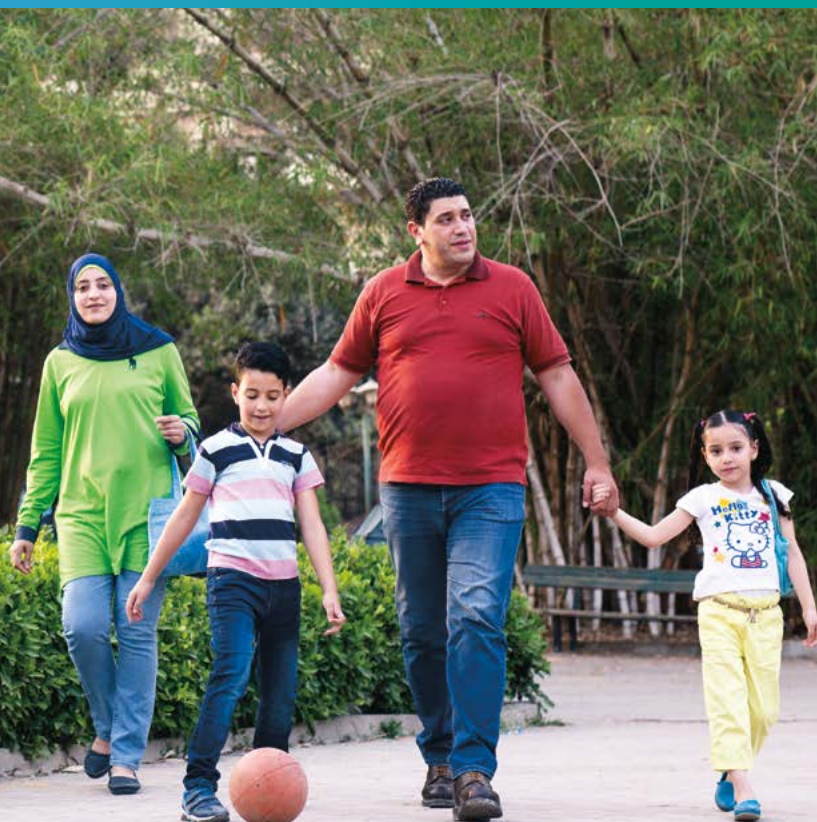
La plupart des personnes veulent trois enfants

Selon Magued Osman, directeur du Centre égyptien Baseera de recherche sur l'opinion publique, les Égyptiens veulent en moyenne trois enfants. Toutefois, ce chiffre dissimule des différences entre les régions, ainsi qu'entre les zones rurales et urbaines : le nombre idéal d'enfants par foyer varie d'un peu plus de deux enfants à Alexandrie à presque cinq dans le gouvernorat de Marsa Matrouh, dans le nord-ouest du pays.

Il existe également des disparités entre le nombre d'enfants souhaité et le nombre d'enfants que les personnes ont réellement. Même si, à l'échelle nationale, les Égyptiens veulent en moyenne trois enfants, le nombre d'enfants par foyer s'élève à 3,5.

« Le nombre d'enfants que vous voulez dépend de l'endroit où vous vivez, de la manière dont vous vivez et du fait qu'on vous ait appris ou non qu'il était indispensable d'avoir au moins un garçon », explique Germaine Haddad, représentante adjointe de l'UNFPA au Caire. Le nombre d'enfants que les personnes ont réellement peut être influencé par des pressions familiales, par des préjugés sexistes

L'autonomisation des femmes, le développement économique inclusif et l'accès à la planification familiale peuvent aider les individus et les couples à décider librement du nombre d'enfants souhaité.



concernant les lois sur les successions et par le revenu. En outre, il dépend souvent de l'accès à des moyens de contraception modernes et à des informations correctes sur leur utilisation.

Des choix éclairés

Des informations erronées sur les effets secondaires de la contraception poussent une Égyptienne sur trois à cesser d'y recourir pendant la première année, ce qui donne lieu à des grossesses non planifiées.

« Les femmes doivent être informées », déclare le docteur Wafaa Benjamin Basta. Cette gynécologue-obstétricienne possède son propre cabinet, mais exerce aussi dans un hôpital universitaire en centre-ville.

« Certaines femmes ne savent pas qu'elles ont le choix, explique-t-elle. Je les aide à prendre leurs propres décisions concernant leur santé à partir d'informations fiables et exactes. »

« La plupart des femmes que je rencontre ont peur des effets secondaires, mais beaucoup de leurs craintes ne sont pas fondées sur des faits. C'est pour cela que la pilule n'est pas populaire en Égypte : les femmes pensent à tort qu'elle leur fera prendre du poids ou provoquera un cancer du sein. »

Même si toutes les méthodes de contraception modernes sont disponibles dans son cabinet, Wafaa Benjamin Basta explique que la majorité de ses patientes choisissent un dispositif intra-utérin. De plus en plus de jeunes femmes mariées viennent la voir pour retarder une grossesse, le temps de terminer leurs études ou de commencer leur carrière.

Les femmes qui la consultent dans son cabinet ne veulent généralement qu'un enfant, ou deux tout au plus. En revanche, celles qu'elle rencontre à l'hôpital disent habituellement vouloir cinq ou six enfants. Elle indique que ces femmes considèrent les enfants comme une aide potentielle à l'approche de la vieillesse. Elles les voient également comme une source de stabilité et de richesse pour la famille.



© UNFPA/Roger Anis

« J'aide les femmes à prendre leurs propres décisions en matière de santé à partir d'informations fiables et exactes. »

Dr Wafaa Benjamin Basta

Les taux de natalité augmentent

Les statistiques du Gouvernement et de l'Organisation des Nations Unies révèlent que les familles nombreuses sont plus fréquentes dans les communautés rurales plus pauvres. Par ailleurs, un grand nombre d'enfants par foyer est également lié à des taux plus élevés de mariage des enfants. Au Caire, où les familles comptent souvent deux enfants environ, le mariage des enfants représente moins de 3 pour cent de tous les mariages. En revanche, dans le gouvernorat rural de Marsa Matrouh, où les foyers comptent fréquemment quatre enfants ou plus, le mariage des enfants représente près de 21 pour cent de tous les mariages.

Aujourd'hui, l'Égypte affiche un taux de fécondité de 3,5 naissances par femme, ce qui est supérieur au taux le plus faible qu'ait connu le pays, enregistré en 2009 (3,1 naissances par femme). Certains responsables attribuent cette hausse à un affaiblissement des programmes de planification

familiale, qui étaient financés par un pays donateur principal jusqu'en 2006 environ. À cette époque, l'économie de l'Égypte a commencé à croître rapidement ; le PIB annuel par habitant a presque doublé, passant de près de 1 400 dollars en 2000 à près de 2 600 dollars en 2010. Le développement de l'économie du pays a entraîné la suppression progressive des financements de ce bailleur de fonds.

Aujourd'hui, 12,5 pour cent des Égyptiennes présentent un besoin de contraception moderne non satisfait. Ce taux est encore plus élevé dans les régions rurales du pays.

Les campagnes d'information sur la planification familiale ont également diminué après 2006. En 2005, 80 pour cent des personnes interrogées dans le cadre d'une enquête démographique et de santé avaient répondu qu'elles avaient entendu ou vu des messages relatifs à la planification familiale au cours de l'année précédente. Une enquête similaire menée en 2014 a révélé que 20 pour cent des personnes interrogées seulement avaient entendu ou vu de tels messages.

Par ailleurs, l'éducation complète à la sexualité n'est pas assurée dans les écoles. Les messages concernant la planification familiale – et les informations fondamentales sur la procréation – doivent donc venir d'autres sources. Dans le cadre d'un programme d'éducation par les pairs intitulé Y-Peer et soutenu par l'UNFPA, des jeunes informent d'autres adolescents sur les infections sexuellement transmissibles, la violence domestique, les droits fondamentaux, les relations et la grossesse.

Mohamad Hassan, 22 ans, étudiant en médecine à l'université Al Azhar du Caire, est l'un des bénévoles du programme Y-Peer. Il affirme que 80 pour cent des personnes qui assistent à ses ateliers demandent des renseignements de base sur l'anatomie.

La population est en passe de doubler

Au vu des taux d'accroissement actuels, la population de l'Égypte, qui s'élève aujourd'hui à 95 millions d'habitants, devrait atteindre 119 millions de personnes d'ici à 2030, et pourrait plus que doubler pour atteindre 200 millions d'habitants d'ici à 2100. Environ six personnes sur dix interrogées dans le cadre d'une enquête démographique et de santé menée en 2014 ont répondu « oui » à la question « le pays rencontre-t-il un problème de population ? ».

En 2014, le Gouvernement a lancé une stratégie nationale en matière de population et de développement, visant à ralentir l'accroissement de la population en soutenant le droit des couples à décider librement d'avoir des enfants ou non, et quand et à quelle fréquence.

Selon Hussein Sayed, de la faculté d'économie et de sciences politiques de l'université du Caire, cette stratégie nationale, à laquelle il a contribué, est entièrement axée sur les droits, notamment les droits reproductifs. L'un des objectifs clés de la stratégie est de réduire les besoins de planification

« Nous voulons offrir une vie meilleure aux deux enfants que nous avons déjà. Le plus important, c'est qu'ils reçoivent une bonne éducation. »

Rasha

familiale non satisfaits de moitié d'ici à 2030, en particulier dans les zones rurales et les quartiers pauvres urbains, où les services sont rares et le choix de méthodes contraceptives est limité.

Cette stratégie s'attaque également à l'illettrisme chez les filles, afin de leur offrir de nouvelles perspectives sur le marché du travail. Les mesures prises incluent une assistance pécuniaire accordée aux familles pauvres à condition qu'elles continuent de scolariser leurs filles. En parallèle, le Gouvernement a rendu la scolarité obligatoire jusqu'à l'âge de 18 ans.

D'autres actions visent à promouvoir la croissance économique et à créer des emplois et des sources de revenus pour les personnes pauvres du pays.

Ensemble, l'autonomisation des femmes, le développement économique inclusif et l'accès à la planification peuvent aider les individus et les couples à décider librement du nombre d'enfants qu'ils veulent.

Une vie meilleure pour leurs enfants


Ahmed et Rasha se sont rencontrés il y a dix ans. Ils travaillaient alors dans la même entreprise : lui

travaillait au service achats et logistique, et elle était chargée de la saisie des données. Ils ont commencé à se fréquenter et se sont vite rendu compte qu'ils étaient faits l'un pour l'autre. Ils se sont mariés l'année suivante et ont eu leur premier enfant, Mohamed.

Ahmed a continué à travailler, tandis que Rasha restait à la maison pour s'occuper de leur fils. Quatre ans plus tard, elle a donné naissance à leur deuxième enfant, Raghad. Ils avaient déjà décidé d'un commun accord de n'avoir que deux enfants lorsqu'ils étaient fiancés. « Nous n'avons pas besoin d'en avoir plus, déclare Rasha. Nous voulons offrir une vie meilleure aux deux enfants que nous avons déjà. Le plus important, c'est qu'ils reçoivent une bonne éducation. »

Ahmed affirme qu'il souhaite inculquer à leurs enfants de bonnes manières et de bons principes, et qu'ils soient instruits. « Je veux qu'ils disposent des moyens nécessaires pour prendre de bonnes décisions à propos de leur avenir. »





De nombreuses voies vers une même destination

CHAPITRE 4

Dans 33 pays, la fécondité n'a baissé que récemment pour atteindre des taux compris entre 1,7 et 2,5 naissances par femme. Ce groupe comprend des États arabes, des pays d'Amérique latine et des Caraïbes, ainsi que des pays d'Asie. Il inclut aussi bien l'Inde, dont la population s'élève à plus de 1,3 milliard de personnes, que le Qatar, qui ne compte que 2,6 millions d'habitants.



© Paul Smith/Panos Pictures

Il inclut des pays à revenu élevé comme Bahreïn, des pays à faible revenu comme le Népal, et des pays à revenu intermédiaire (figure 18).

Non seulement les pays de ce groupe présentent des caractéristiques géographiques et économiques variées, mais ils ont également emprunté des chemins très différents pour atteindre les taux de fécondité actuels. En outre, les défis auxquels se heurtent les personnes et les couples pour exercer leur droit à décider librement d'avoir des enfants

ou non, et quand et à quelle fréquence, sont eux aussi très divers.

Tendances en matière de fécondité

Dans près d'un tiers des 33 pays examinés dans ce chapitre, la fécondité était élevée dans les années 1980, puis a baissé rapidement pour atteindre les taux actuels, qui correspondent au seuil de remplacement ou s'en approchent. Les pays concernés sont le Bangladesh,

TAUX DE FÉCONDITÉ ENTRE 1,7 ET 2,5 NAISSANCES PAR FEMME



Les frontières, les noms et les appellations employés sur cette carte n'impliquent ni reconnaissance ni acceptation officielle de la part de l'Organisation des Nations Unies.

La ligne en pointillés représente le tracé approximatif de la ligne de contrôle dans l'État de Jammu et Cachemire sur lequel se sont accordés l'Inde et le Pakistan. Les parties n'ont, pour l'instant, pas trouvé d'accord sur le statut définitif de Jammu et Cachemire.

El Salvador, l'Iran, le Mexique, le Népal, le Nicaragua, le Pérou et plusieurs États du Golfe.

Dans les autres pays, la transition de la fécondité a généralement commencé plus tôt, dans les années 1960. La fécondité a ensuite continué à diminuer progressivement jusqu'aux niveaux actuels. Ce groupe comprend des pays d'Amérique latine comme le Brésil et le Chili, des pays d'Asie comme le Sri Lanka et la Malaisie, et des pays méditerranéens comme le Liban et la Turquie.

L'Inde et le Myanmar se distinguent des autres pays du groupe dans la mesure où ils ont connu une baisse lente mais régulière de la fécondité, qui a commencé après les années 1960. L'Argentine et l'Uruguay sont également des cas particuliers, car ils affichaient des taux de fécondité plus faibles que tous les autres pays du groupe avant les années 1960.

Par ailleurs, la situation du Bangladesh, d'El Salvador, du Népal, de l'Inde, du Myanmar et du Nicaragua est également inhabituelle, car ces pays affichent aujourd'hui des taux de fécondité qui



© Joshua Cogan/OPS

approchent du seuil de remplacement, alors qu'ils présentent des niveaux de revenu par habitant plus faibles que dans les autres pays enregistrant des taux de fécondité de remplacement. Dans le reste du monde, seuls des pays possédant des niveaux de revenu plus élevés atteignent des taux de fécondité aussi bas. Toutefois, ces pays et plusieurs autres ont accompli des progrès en matière de développement humain, ce qui se traduit par une amélioration de la santé, un niveau d'études plus élevé et une diminution de la mortalité juvénile.

La fécondité varie selon le lieu de résidence (milieu urbain ou rural), les niveaux de revenu et d'éducation, en particulier pour les femmes.

Transition dans les États arabes, en Asie et ailleurs

La fécondité a baissé rapidement dans les années 1990 dans les Émirats arabes unis, en Iran, en Libye et au Népal. Elle a diminué encore plus tôt au Bangladesh, en Indonésie, au Koweït, au Liban, au Sri Lanka et en Tunisie.

Le Bangladesh, l'Inde, l'Indonésie, l'Iran et la Turquie ont tous connu une baisse notable de la mortalité infantile et juvénile, en partie du fait d'un meilleur accès aux systèmes de santé, du développement économique, de la réduction de la pauvreté et d'une hausse de la scolarisation des filles dans les enseignements primaire et secondaire (Khuda *et al.*, 2001 ; Abbasi-Shavazi *et al.*, 2009 ; James, 2011 ; Hull, 2012, 2016 ; Jones,

2015 ; Guilmoto, 2016 ; Yüceşahin *et al.*, 2016). Dans ces pays, la réduction de la mortalité infantile et juvénile a fait disparaître l'un des facteurs à l'origine d'un nombre élevé d'enfants par foyer. Ces pays se sont également dotés de solides programmes de planification familiale qui ont contribué à la baisse de la fécondité (Hull et Hull, 1997 ; Akin, 2007 ; Abbasi-Shavazi *et al.*, 2009 ; Hayes, 2012 ; Jones, 2015 ; Khuda et Barkat, 2015).

Le cas de l'Inde mérite toutefois d'être souligné : bien que le taux global de fécondité moyen y soit de 2,3 naissances par femme, il est supérieur à 3 dans les États de l'Uttar Pradesh, du Bihar et du Madhya Pradesh, et inférieur au seuil de remplacement dans le Maharashtra et le



Bengale occidental ainsi que dans les quatre États les plus méridionaux. Les États dont le taux de fécondité se situe en dessous du seuil de remplacement abritent 50 pour cent de la population du pays (James, 2011). De nombreux districts indiens ont un taux de fécondité inférieur au seuil de remplacement, tandis que la moitié d'entre eux présentent un taux de fécondité de 3 naissances ou plus par femme (Mohanty *et al.*, 2016). En milieu urbain, la fécondité est tombée sous le seuil de remplacement en 2007.

Les différences observées à l'échelle nationale entre les taux de fécondité ne sont pas clairement corrélées aux niveaux de revenu et sont probablement influencées par de multiples facteurs. Les États du Kerala et du Tamil Nadu,

par exemple, ont vu leur fécondité reculer fortement malgré une croissance économique limitée. Comparativement, ces États présentent moins d'inégalités entre les sexes et sur le plan économique, et ils ont également connu un développement social rapide (Visaria, 2009 ; Pande *et al.*, 2012). Le Sri Lanka voisin a lui aussi vu sa fécondité chuter malgré une croissance économique plus lente (Jayasuriya, 2014).

Dans les pays examinés dans ce chapitre, le taux de fécondité varie selon le lieu de résidence (zone urbaine ou rurale), le revenu et le niveau d'études, en particulier celui des filles. En général, la fécondité est plus élevée chez les femmes moins éduquées que chez les femmes ayant au moins suivi un enseignement secondaire (figure 19).

FIGURE 19

Fécondité, par niveau d'études, chez les femmes âgées de 30 à 34 ans, dans une sélection de pays affichant un taux de fécondité proche du seuil de remplacement (données disponibles les plus récentes) (deuxième cycle du secondaire = 1,00)

| PAYS | AUCUNE ÉDUCATION | SCOLARITÉ PRIMAIRE INACHEVÉE | SCOLARITÉ PRIMAIRE ACHÉVÉE | PREMIER CYCLE DU SECONDAIRE | DEUXIÈME CYCLE DU SECONDAIRE | ENSEIGNEMENT POST-SECONDAIRE |
|---------------------|------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Bahreïn | 3,08 | 1,70 | 1,53 | 0,86 | 1,00 | 1,09 |
| Bangladesh | 1,41 | 1,39 | 1,26 | 1,15 | 1,00 | 1,05 |
| Inde | 2,18 | 1,50 | 1,54 | 1,37 | 1,00 | 1,25 |
| Indonésie | 1,06 | 1,15 | 1,18 | 1,12 | 1,00 | 1,14 |
| Iran | 1,80 | 1,80 | 1,80 | 1,24 | 1,00 | 0,83 |
| Koweït | 1,57 | 1,57 | 1,57 | 1,18 | 1,00 | 0,89 |
| Liban | 1,57 | 1,57 | 1,57 | 1,18 | 1,00 | 0,89 |
| Libye | 2,12 | 1,69 | 1,45 | 1,26 | 1,00 | 1,03 |
| Malaisie | 1,26 | 1,24 | 1,20 | 1,03 | 1,00 | 0,82 |
| Myanmar | 2,06 | 1,94 | 1,61 | 1,28 | 1,00 | 0,72 |
| Népal | 2,06 | 1,74 | 1,39 | 0,99 | 1,00 | 0,96 |
| Qatar | 1,43 | 1,43 | 1,43 | 1,18 | 1,00 | 0,90 |
| Sri Lanka | 1,66 | 1,39 | 1,28 | 1,11 | 1,00 | 0,95 |
| Tunisie | 1,57 | 1,57 | 1,57 | 1,18 | 1,00 | 0,89 |
| Turquie | 2,55 | 1,70 | 1,50 | 1,02 | 1,00 | 0,76 |
| Émirats arabes unis | 1,57 | 1,57 | 1,57 | 1,18 | 1,00 | 0,81 |
| Ouzbékistan | 1,11 | 1,11 | 1,11 | 1,09 | 1,00 | 0,81 |

Sources : Lutz *et al.* (2014)

En général, la fécondité est plus élevée chez les femmes moins éduquées que chez les femmes ayant au moins suivi un enseignement secondaire.

Les pays où la corrélation entre une fécondité plus faible et un niveau d'études plus élevé est moins marquée disposent de programmes de planification familiale volontaire depuis de nombreuses années, lesquels ont atteint un large échantillon de la population. En outre, certains d'entre eux présentent une fécondité plus faible en raison du recours à l'avortement.

Au Bangladesh, en Inde, en Indonésie et en Iran, la diminution du nombre d'enfants par foyer est également attribuée au renforcement de l'appui aux droits en matière de reproduction. Ainsi, en Iran, l'élargissement des services de santé reproductive aux zones rurales et l'augmentation du nombre de méthodes contraceptives disponibles ont permis à davantage de personnes de décider par elles-mêmes du nombre et de la survenue des grossesses. Au Bangladesh, les organisations non gouvernementales ont joué un rôle important dans l'amélioration de la santé reproductive et elles ont donné aux femmes le pouvoir et les moyens de décider si, quand et à quelle fréquence elles désiraient tomber enceintes. En Indonésie, à la fin des années 1990, les services communautaires de planification familiale ont étendu la portée du programme national de planification familiale (Hull et Hull, 1997).

Bien que nombre de ces pays disposent de solides programmes de planification familiale, beaucoup de personnes et de couples rencontrent des difficultés pour accéder à ces services. Parmi ces obstacles figure l'éventail limité des moyens de contraception disponibles.



GROS PLAN SUR L'IRAN

« Au fond de notre cœur, nous savions que nous voulions un enfant. »

Sara, 35 ans



Surmonter les obstacles économiques pour fonder une famille.

© UNFPA/Reza Sayah

Sara Ghorbani déclare que son fils est le plus grand bonheur de sa vie. Mais elle n'a pas oublié l'époque où devenir mère était encore un rêve lointain.

Après deux années de mariage, le mari de Sara, Fouad, perd son emploi alors que l'économie iranienne traverse une grave période de stagnation, d'inflation et de chômage.

« Au début, j'étais contre le fait d'avoir un enfant, raconte la jeune esthéticienne de 35 ans qui vit avec son mari dans un trois-pièces tout proche de la capitale Téhéran. Je répétais sans cesse que c'était dur. Nous n'étions pas certains de pouvoir nous occuper d'un enfant ni de lui donner une bonne éducation. »

Mais le couple n'abandonne jamais son rêve d'enfant et décide de ne plus attendre que la situation s'améliore.

« Au fond de notre cœur, nous savions que nous voulions un enfant. Cette pensée ne nous a jamais quittés, poursuit Sara. Nous avons décidé que si nous le voulions, nous pourrions y arriver. »

Il y a cinq ans, Sara et Fouad sont devenus les heureux parents d'un petit garçon prénommé Caren. Le couple déclare que l'éducation d'un enfant est le plus grand défi qu'il ait eu à relever mais qu'il n'a jamais été aussi comblé.

« C'est difficile, bien sûr, mais on s'habitue, ajoute Sara. C'est comme si Dieu nous donnait l'énergie et la force nécessaires. »

« Lorsque je regarde Caren grandir, je suis vraiment heureux, précise Fouad. Je voulais un enfant avant d'être trop vieux. C'est pourquoi je n'ai jamais regretté notre décision. »

Sara et Fouad sont heureux d'avoir un enfant. Leur Gouvernement aimerait qu'ils en aient davantage. En effet, depuis ces dix dernières années, les couples mariés iraniens font moins d'enfants, et les analystes affirment que cette tendance menace l'économie du pays.

« Nous sommes très préoccupés par la situation, déclare le Dr Ali Reza Marandi, professeur de pédiatrie et ancien ministre iranien de la Santé. Un faible taux de fécondité peut gravement compromettre l'avenir d'un pays. »



Dans les années 1980, l'Iran s'est heurté à un tout autre problème. Selon les spécialistes de la démographie, les couples mariés avaient alors trop d'enfants.

Le Dr Marandi a conduit avec succès une campagne visant à réduire la fécondité croissante du pays, qui atteignait près de sept naissances par femme, le taux le plus élevé jamais enregistré en Iran. L'instauration d'un programme de planification familiale financé par le Gouvernement a permis de réduire le nombre d'enfants par foyer à moins de deux en 2003.

Aujourd'hui, le taux global de fécondité de l'Iran est de 2,01 naissances par femme, légèrement en dessous du niveau considéré comme nécessaire au maintien d'une taille de population stable, à 2,1.

D'après le Dr Marandi, les couples doivent faire plus d'enfants afin d'assurer la croissance économique future. Sans quoi, il se peut que le nombre de jeunes actifs entrant sur le marché du travail ou contribuant aux programmes et aux services destinés aux personnes âgées soit insuffisant.

« Dans une économie, ce sont les jeunes qui produisent. Si le pays compte de moins en moins de jeunes et de plus en plus de personnes âgées, nous risquons d'arriver à un stade où, en quelques années seulement, nous ne serons plus en mesure de prendre soin des personnes âgées ni de les nourrir », poursuit le Dr Marandi.

En 2014, le Gouvernement a lancé une campagne promotionnelle appelant les jeunes couples à faire plus d'enfants. Des affiches proclamant « Plus d'enfants pour une vie plus heureuse » ont été placardées dans tout Téhéran. Le Guide suprême de l'Iran a exhorté ses concitoyens à avoir « quatre ou cinq enfants » afin de contribuer au développement du pays.

Depuis le lancement de cette campagne, le taux global de fécondité de l'Iran a légèrement

Les couples mariés iraniens font moins d'enfants, et les analystes affirment que cette tendance menace l'économie du pays.

progressé, mais les analystes et le Gouvernement estiment que des difficultés persistent.

De nombreuses jeunes Iraniennes reportent leur projet de mariage afin de poursuivre leurs études. De plus en plus d'hommes déclarent qu'ils n'ont pas les moyens financiers de se marier et attendent la reprise économique.

Un grand nombre d'Iraniens mariés choisissent de se consacrer à leur carrière plutôt que de faire des enfants.

Sara et Fouad exercent tous deux une activité à temps plein afin de subvenir aux besoins de leur fils. S'ils se disent toujours préoccupés par l'avenir de l'économie iranienne, ils affirment également qu'ils sont la preuve que, même lorsque les circonstances ne sont pas idéales, il est possible de se marier, de faire des enfants et de vivre heureux.

« Je pense que quand on veut quelque chose, on peut y arriver. L'important c'est de le vouloir vraiment affirme Sara.

Avoir un enfant à nous, qui vient de moi, est une chose merveilleuse qui fait oublier tous les soucis du quotidien. »

L'influence du mariage sur la fécondité

Dans les pays de l'Asie du Sud, certains États arabes et quelques autres pays très peuplés tels que l'Indonésie, l'Iran et la Turquie, le mariage et l'âge auquel il survient ont un impact considérable sur le nombre d'enfants par foyer, les grossesses hors mariage étant rares. Dans ces pays, la grossesse survient généralement peu après le mariage. Bien que l'âge moyen du mariage y soit en augmentation, les mariages d'enfants restent fréquents, notamment au Bangladesh, en Inde, en Indonésie et au Népal (figure 20). Le mariage des enfants constitue une violation des droits couverts par la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, que ces quatre pays ont pourtant ratifiée.

Dans tous ces pays, les grossesses non désirées contribuent à accroître les taux de fécondité. L'élimination des grossesses non désirées par des moyens tels que l'amélioration de l'accès à la contraception permettrait de faire chuter les taux

moyens de fécondité de plus d'un demi-enfant par femme (figure 21).

Au Bangladesh, le nombre de grossesses désirées et non désirées recule régulièrement depuis le milieu des années 1990. Cette situation reflète l'aspiration générale à faire moins d'enfants ainsi que l'effet des politiques et des services qui donnent aux personnes et aux couples les moyens de décider par eux-mêmes du nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir. Ce chiffre est également en baisse au Népal.

En Inde, entre 2005 et 2015, le nombre de grossesses non désirées a fortement chuté, passant de 0,8 à 0,4 enfant par femme, et reflétant la tendance qui voit les couples se doter des moyens nécessaires pour éviter les grossesses non désirées et choisir le nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir. En Indonésie, entre 1987 et 2015, les grossesses désirées comme non désirées ont légèrement reculé, suggérant que le nombre d'enfants souhaité dans ce pays a peu évolué et que les programmes de planification familiale permettent aux couples d'avoir le nombre d'enfants souhaité.

FIGURE 20 Âge moyen au moment du mariage et proportion de femmes mariées ou ayant déjà été mariées chez les 15-19 ans et les 30-34 ans dans une sélection de pays

| PAYS | ÂGE MOYEN DES FEMMES AU MOMENT DU MARIAGE | ANNÉE | POURCENTAGE DE FEMMES QUI SONT OU QUI ONT ÉTÉ MARIÉES | |
|---------------------|---|-------|---|--------------------|
| | | | CHEZ LES 15-19 ANS | CHEZ LES 30-34 ANS |
| Bangladesh | 19,2 | 2012 | 35,5 | 99,2 |
| Inde | 20,7 | 2011 | 21,5 | 97,3 |
| Indonésie | 21,8 | 2012 | 13,3 | 95,5 |
| Iran | 23,5 | 2011 | 21,4 | 84,5 |
| Koweït | 27,5 | 2005 | 5,0 | 67,3 |
| Malaisie | 25,7 | 2010 | 4,1 | 82,1 |
| Myanmar | 23,6 | 2014 | 13,0 | 79,2 |
| Népal | 20,7 | 2014 | 24,5 | 97,1 |
| Sri Lanka | 23,6 | 2006 | 9,2 | 89,2 |
| Tunisie | 28,5 | 2012 | 1,3 | 66,3 |
| Turquie | 24,2 | 2013 | 6,7 | 88,0 |
| Émirats arabes unis | 25,3 | 2005 | 6,8 | 85,3 |
| Ouzbékistan | 22,4 | 2002 | 5,1 | 98,2 |

Source : Organisation des Nations Unies (2017a)

FIGURE 21

Grossesses désirées et non désirées dans une sélection de pays affichant des taux globaux de fécondité proches du seuil de remplacement

| PAYS | FÉCONDITÉ GLOBALE | GROSSESSES DÉSIÉES | GROSSESSES NON DÉSIÉES | ANNÉE* |
|-------------|-------------------|--------------------|------------------------|-----------|
| Azerbaïdjan | 2,0 | 1,8 | 0,2 | 2006 |
| Bangladesh | 2,3 | 1,7 | 0,6 | 2014 |
| Inde | 2,2 | 1,8 | 0,4 | 2015/2016 |
| Indonésie | 2,6 | 2,2 | 0,4 | 2012 |
| Myanmar | 2,3 | 2,0 | 0,3 | 2016 |
| Népal | 2,3 | 1,7 | 0,6 | 2016 |
| Turquie | 2,2 | 1,6 | 0,6 | 2003 |

*Données issues de l'enquête démographique et de santé la plus récente

© xavierarnau/Getty Images



Transition en Amérique latine et dans les Caraïbes

L'Amérique latine et les Caraïbes connaissent des changements démographiques spectaculaires depuis les années 1950. La plupart des pays de la région se trouvent à un stade avancé de transition démographique, affichant des niveaux de mortalité infantile et des taux de fécondité de remplacement peu élevés atteints au cours des 40 dernières années ou plus récemment. Auparavant, certains pays avaient une fécondité de six enfants par femme. C'est pourquoi beaucoup de femmes plus âgées aujourd'hui présentent des antécédents de reproduction très différents de ceux de leurs filles arrivant à l'âge de procréer.

Douze pays d'Amérique latine qui abritent 85 pour cent de la population de la région affichent des taux de fécondité compris entre 1,8 et 2,5 naissances par femme.

Ils ont en commun un passé de colonisation, des langues, une religion et des systèmes politiques

similaires. Leurs économies reposent en grande partie sur les exportations de produits agricoles, de minerais et d'énergies fossiles. La majorité d'entre eux peinent encore à fournir des services d'éducation et de santé de qualité, notamment en matière reproductive, à tous les segments de leurs populations.

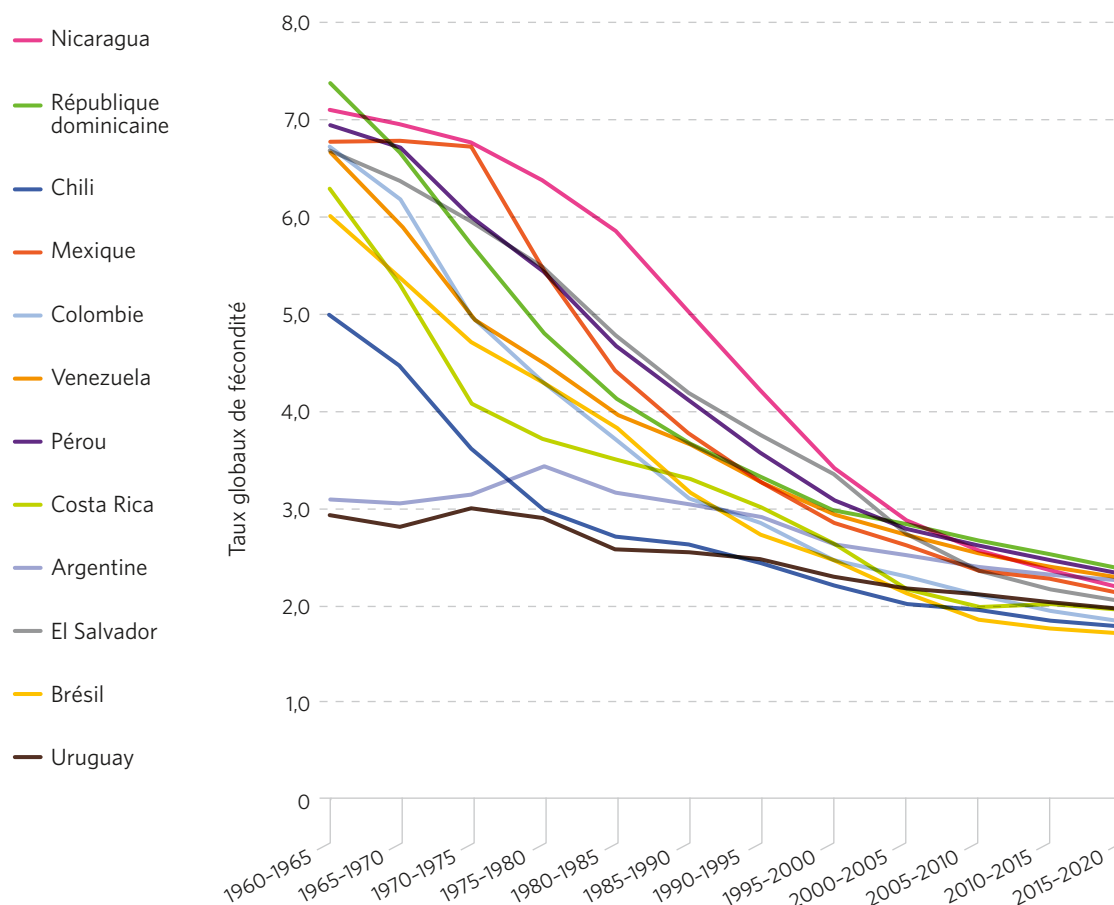
Ces pays se caractérisent par leur diversité ethnique : certains abritent d'importantes populations autochtones et d'autres des populations d'ascendance africaine.

Si les voies empruntées par ces derniers vers la transition de la fécondité étaient similaires, le niveau initial de fécondité, le moment et le rythme de transition étaient différents (figure 22). Par exemple, l'Argentine et l'Uruguay affichaient un taux de fécondité relativement bas dans les années 1960 et l'ont maintenu jusque dans les années 1980. Certains pays (Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, République dominicaine et Venezuela) ont connu une transition rapide dans les années 1960, mais accusent depuis lors un ralentissement de la baisse de la fécondité.



FIGURE 22

Taux globaux de fécondité réels et projetés dans 12 pays d'Amérique latine et des Caraïbes entre 1960 et 2020



Source : Organisation des Nations Unies (2017)

D'autres (El Salvador, Mexique, Nicaragua et Pérou) ont connu une légère baisse de la fécondité dans les années 1960 avant de voir celle-ci chuter rapidement deux décennies plus tard.

Les taux de fécondité diffèrent selon le lieu de résidence et le niveau d'études (figure 23). Ainsi, au Brésil, la fécondité avoisine une naissance chez les femmes ayant au moins achevé leur scolarité secondaire, et trois chez les moins éduquées. Il existe une corrélation similaire entre le niveau d'études et le fait d'avoir moins d'enfants dans d'autres pays d'Amérique latine, où la plupart des femmes les plus éduquées

choisissent de ne pas avoir d'enfant (Rosero-Bixby *et al.*, 2009).

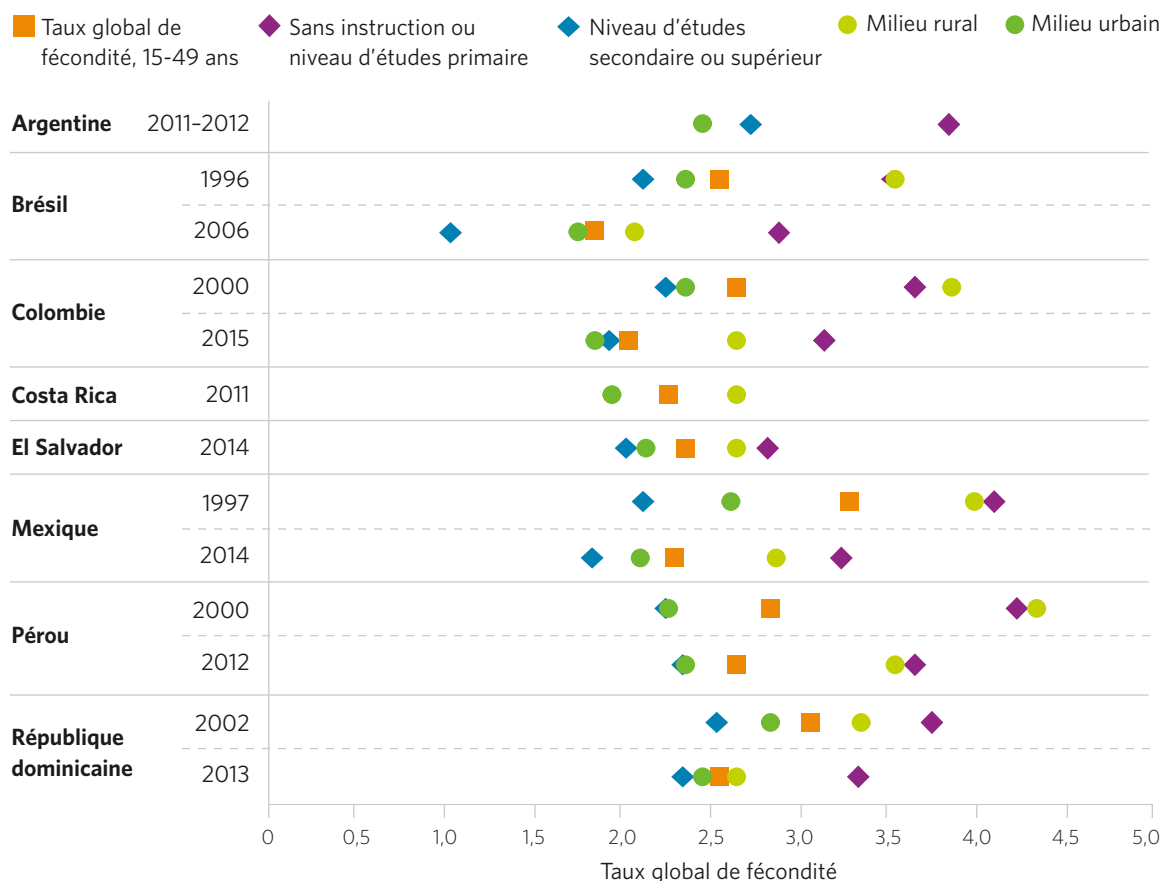
Dans les 12 pays d'Amérique latine et des Caraïbes examinés dans ce chapitre, les taux de fécondité chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans et les jeunes âgés de 20 à 24 ans sont plus élevés que ceux de ces mêmes tranches d'âge dans les autres régions du monde présentant des taux globaux de fécondité similaires (figure 24). En outre, la fécondité des adolescents par rapport à la fécondité globale est plus élevée en Amérique latine que dans les autres pays (Rodriguez et Cavenaghi, 2014).



© UNFPA/NOOR/Sanne De Wilde

Dans ces 12 pays, la grossesse survient peu après le premier rapport sexuel, et les premières unions se déroulent souvent peu avant ou après une grossesse, non désirée la plupart du temps. Compte tenu du fait que beaucoup de femmes ont leur premier enfant plus tôt et que la plupart d'entre elles préfèrent avoir une famille peu nombreuse, il est courant que l'arrêt de la procréation intervienne plus tôt dans la vie. La réussite de cette démarche implique cependant de ne connaître aucun échec contraceptif pendant une longue période. Les grossesses précoces conduisent de nombreuses femmes pauvres à renoncer aux études supérieures et peuvent les empêcher d'accéder à des emplois mieux rémunérés, contribuant ainsi à perpétuer ou à aggraver la pauvreté.

FIGURE 23 Taux globaux de fécondité en zones urbaines et rurales, par niveau d'études dans une sélection de pays d'Amérique latine



Sources : EDS, USAID (2018), à l'exception du Brésil, 2006 (Enquête démographique et de santé nationale)

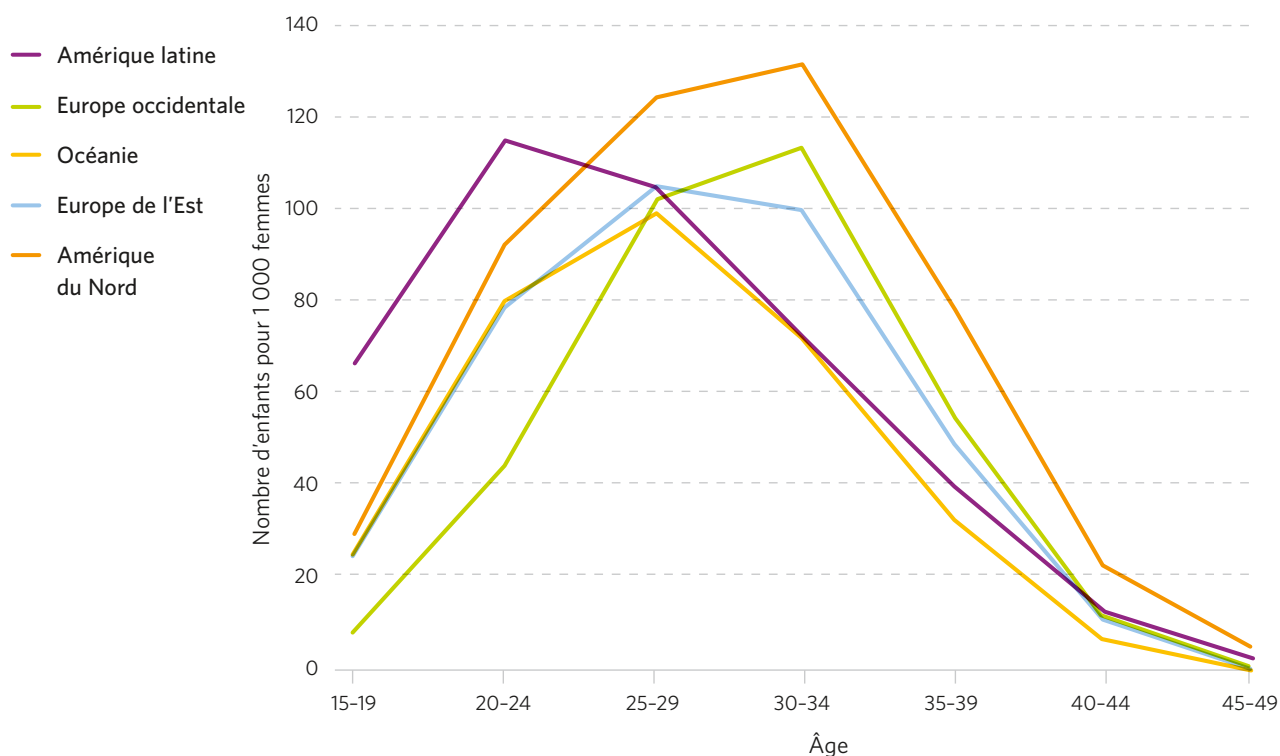
Le souhait de fonder des familles moins nombreuses

Dans les années 1960, les gouvernements ne voyaient généralement aucun inconvénient au fait d'avoir une fécondité élevée ni à la croissance démographique qui en résultait. Certains considéraient même cette augmentation de la population comme un moyen d'occuper et de développer le territoire. Cette approche était reflétée par des slogans tels que « offrir aux hommes sans terre une terre sans hommes » (Alves et Martine, 2017).

Si certains gouvernements souhaitaient que les couples aient davantage d'enfants, ces derniers en voulaient généralement moins. Le souhait de fonder des familles moins nombreuses existait déjà dans les années 1960, lorsque la fécondité atteignait environ six naissances par femme dans l'ensemble de l'Amérique latine et des Caraïbes (CELADE et CFSC, 1972 ; Simmons *et al.*, 1979 ; Rodriguez *et al.*, 2017).

Dans les années 1970, des études réalisées dans certains pays d'Amérique latine ont montré que la fécondité observée avoisinait cinq naissances par femme environ, mais que le nombre d'enfants souhaité était de quatre environ (Organisation des Nations Unies, 1987). Dans d'autres pays, de nombreuses femmes disaient ne plus vouloir d'enfant après la naissance de leur deuxième ou de leur troisième enfant (Commission économique pour l'Amérique latine [CEPAL], 1992). Des recherches montrent que dans de nombreux cas, les femmes, principalement en milieu rural, avaient plus d'enfants qu'elles ne le souhaitaient (figure 25). Les femmes pauvres et celles vivant en zone rurale ou issues de communautés autochtones préféraient également fonder des familles moins nombreuses mais ne disposaient pas de l'information, du pouvoir ni des moyens nécessaires pour éviter ou retarder les grossesses (Miró et Potter, 1980 ; Welti Chanes, 2006 ; Rodriguez-Vignoli et Cavenaghi, 2017).

FIGURE 24 Taux de fécondité par âge dans une sélection de régions, 2010-2015



Source : Organisation des Nations Unies (2017)

D'après des données plus récentes, bien que 50 pour cent environ des naissances enregistrées en Amérique latine et dans les Caraïbes soient désirées au moment où elles surviennent, les autres sont souhaitées plus tard ou ne le sont pas du tout. Cela signifie qu'une part importante des grossesses ne sont pas désirées ni planifiées (figure 26), et que nombre de personnes et de couples ne sont pas en mesure d'exercer leurs droits à décider

librement du nombre et de la survenue des grossesses.

Par ailleurs, dans ces régions, la responsabilité de l'éducation des enfants incombe généralement aux femmes de manière disproportionnée. Cette norme sexiste, de même que le nombre limité de solutions de garde, signifie que les femmes qui souhaitent à la fois travailler et avoir des enfants peuvent se voir contraintes d'occuper des emplois

FIGURE 25

Taux de grossesses désirées et non désirées en zones urbaines et rurales dans une sélection de pays d'Amérique latine et des Caraïbes



Sources : EDS, USAID (2018), à l'exception du Brésil, 2006 (Enquête démographique et de santé nationale)

à temps partiel faiblement rémunérés plutôt que de poursuivre des carrières à temps plein dans des secteurs plus rémunérateurs. Pour certaines d'entre elles, les coûts d'opportunité sont trop élevés, ce qui les conduit à prendre la décision de renoncer complètement à avoir des enfants. Le manque de techniques abordables d'aide à la procréation telles que la fécondation *in vitro* constitue un obstacle supplémentaire auquel se heurtent certaines femmes qui souhaitent réaliser leur désir de grossesse.

Le pouvoir et les moyens

Certains gouvernements se sont d'abord élevés contre les programmes de planification familiale en s'alliant aux institutions religieuses afin de décourager leur mise en œuvre (Taucher, 1979). En outre, principalement avant la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, certains groupes féministes se sont également opposés à l'instauration de programmes de planification familiale dans la région, considérant la diffusion de la contraception comme

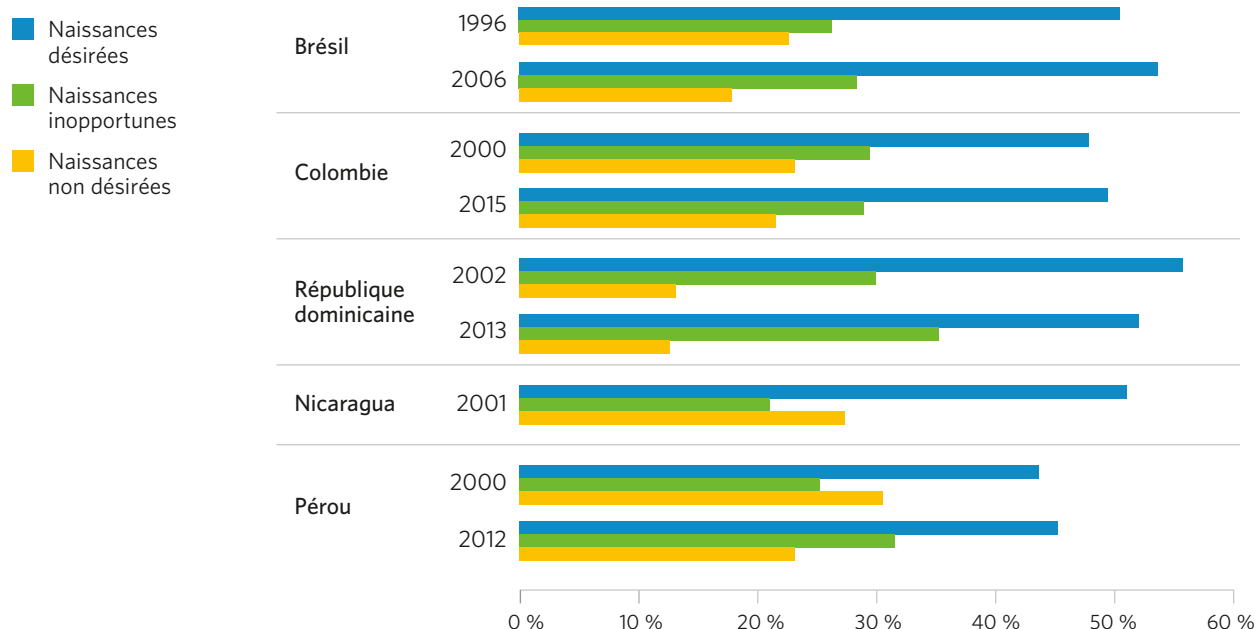
un moyen de contrôler le corps des femmes contre leur volonté (Alves et Correa, 2003).

En 1959, le Mexique est devenu le premier des 12 pays de ce groupe à lancer un programme national de planification familiale. Au cours des trois années suivantes, le Chili, le Honduras, l'Uruguay et le Venezuela ont eux aussi mis en place des programmes similaires. Le Nicaragua et le Pérou les ont suivis en 1968.

Malgré l'opposition aux programmes gouvernementaux de planification familiale qui s'est exprimée dans certains pays au fil des années, l'usage des moyens de contraception s'est répandu et ces derniers sont désormais disponibles auprès de prestataires privés (figure 27). Dans les pays tels que le Chili, le Mexique et le Pérou, la contraception est également accessible dans le cadre des programmes nationaux de planification familiale.

En Argentine et en Uruguay, le recours généralisé à la contraception avant même les années 1960 explique les taux de fécondité relativement bas observés au cours des cinquante dernières

FIGURE 26 Pourcentage de naissances désirées, non désirées ou inopportunes dans cinq pays



Sources : EDS, USAID (2018), à l'exception du Brésil, 2006 (Enquête démographique et de santé nationale)

années (Martinez-Alier et Masjuan, 2004). Dans ces pays, les femmes ont utilisé très tôt des méthodes mécaniques telles que les préservatifs, mais beaucoup d'entre elles ont également subi des avortements non médicalisés qui représentaient respectivement 37 % et 25 % des décès maternels en Argentine et en Uruguay. Les grossesses non désirées se terminant par un avortement étaient souvent la conséquence d'un usage irrégulier de la contraception ou de son absence d'utilisation (CEPAL, 1992).

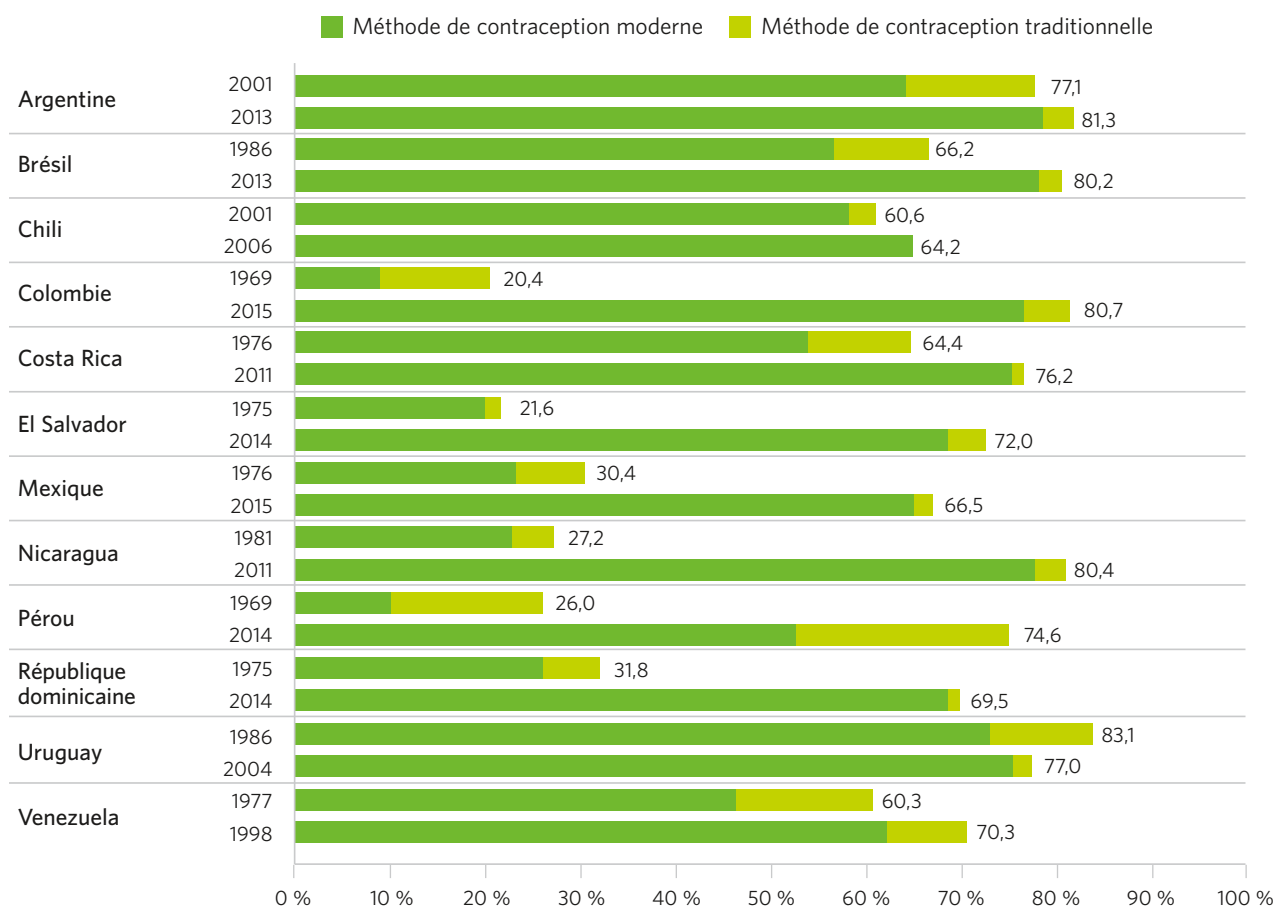
Les programmes de planification familiale n'ont pas provoqué de baisse de la fécondité dans la région, ils ont plutôt accéléré une

tendance qui s'observait déjà parmi les plus privilégiés. Si le désir des femmes d'avoir moins d'enfants n'avait pas déjà été fortement présent, la fécondité serait restée plus élevée pendant plus longtemps, et la baisse aurait été beaucoup moins rapide (Martine *et al.*, 2013).

Obstacles s'opposant au choix du nombre d'enfants souhaité

La forte prévalence de la contraception moderne actuellement observée dans la région – à l'exception du Pérou, où une femme sur trois utilise une méthode traditionnelle – ne constitue qu'un aspect de la situation en matière

FIGURE 27 Prévalence des méthodes de contraception modernes et traditionnelles chez les femmes mariées ou vivant en concubinage dans 12 pays, selon deux estimations récentes



Sources : EDS, USAID (2018).

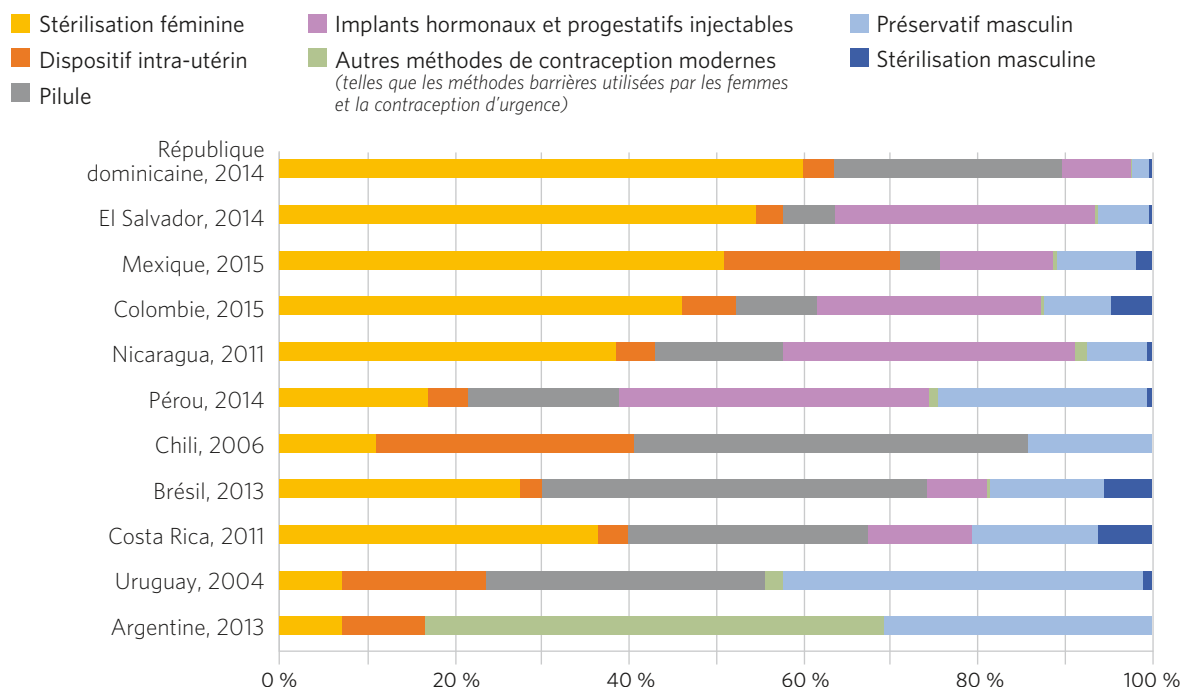
d'accès à la contraception. Si certains types de contraception sont largement répandus, l'éventail complet des moyens contraceptifs existants n'est pas utilisé ni disponible dans tous les pays (figure 28). En général, l'offre se limite essentiellement à deux ou trois moyens de contraception dans chaque pays. Les femmes et les hommes qui n'ont pas accès à la méthode contraceptive souhaitée ou qui ne disposent d'aucune information concernant l'éventail des moyens disponibles peuvent opter pour d'autres solutions inadaptées à leur situation ou se passer complètement de contraception, courant ainsi un risque accru de grossesse non désirée.

À mesure que le revenu par habitant a augmenté dans la région, l'aide internationale au développement a diminué dans certains pays, entraînant une réduction des fonds destinés aux programmes nationaux de planification familiale.

Malgré cette baisse, les femmes des foyers les plus riches pouvaient toujours se procurer des moyens de contraception auprès de prestataires privés. Les femmes plus pauvres, en revanche, devaient se contenter des moyens disponibles ou renoncer totalement à la contraception. Des pays tels que le Brésil ont proposé aux femmes qui venaient d'accoucher par césarienne dans un établissement de santé public certaines méthodes contraceptives telles que la stérilisation. Les dispositifs intra-utérins n'étant pas délivrés ou administrés par les cliniques publiques et étant rarement prescrits par les médecins des cliniques privées, leur utilisation est moins courante dans la plupart des pays d'Amérique latine.

Les adolescents rencontrent fréquemment des difficultés pour accéder à la contraception, ce qui contribue à accroître les taux de grossesse chez les adolescentes. Ce problème est aggravé par l'accès

FIGURE 28 Méthodes contraceptives utilisées par les femmes mariées ou en concubinage en âge de procréer dans 11 pays (données disponibles les plus récentes)



Source : Organisation des Nations Unies (2017)

limité à une éducation complète à la sexualité, laquelle pourrait apporter des informations adaptées à l'âge concernant la reproduction et les questions plus générales liées à l'égalité des sexes et aux droits. La précocité de la vie sexuelle, les rapports non protégés, les taux élevés d'échec contraceptif et les mariages précoces contribuent également à accroître les taux de fécondité des adolescents dans cette région (Rodriguez-Vignoli, 2017).

Les grossesses d'adolescentes sont plus fréquentes parmi les foyers pauvres, toutefois cette tendance peut être attribuée davantage à la non-satisfaction des besoins de contraception qu'au désir de commencer à faire des enfants plus tôt. Les filles des ménages les plus riches sont mieux informées en matière de santé sexuelle et reproductive, et disposent d'un meilleur accès aux services de contraception. Elles peuvent même accéder à des services d'avortement plus sûrs, bien qu'illégaux (Rodriguez-Vignoli et Cavenaghi, 2017). Dans certains pays, les mineures, qu'elles soient pauvres ou riches, ont un accès limité à la contraception d'urgence et peuvent être contraintes d'obtenir une autorisation parentale pour accéder aux méthodes contraceptives modernes telles que la pilule.

Baisse de la fécondité : les conséquences pour l'avenir

Dans les pays examinés dans ce chapitre, la diminution rapide de la fécondité en dessous ou légèrement au-dessus du seuil de remplacement pose de nouveaux défis. Le vieillissement de la population, par exemple, représente un enjeu pour tous. Les gouvernements sont déjà en train d'étudier ou de mettre en œuvre des politiques qui permettront d'adapter les économies, les systèmes de santé et le marché du travail à l'augmentation du nombre de personnes plus âgées.

La baisse de la fécondité dans certains pays constitue un autre défi car elle se traduit par une diminution du nombre de jeunes entrant sur le marché du travail. Toutefois, cette tendance peut également être l'occasion d'investir en faveur de l'éducation, dans des domaines tels que la science,


la technologie, l'ingénierie et les mathématiques, afin de mieux préparer les jeunes en âge de travailler à favoriser l'activité économique mondiale.

Compte tenu du nombre élevé de grossesses non désirées, la réalisation des droits en matière de reproduction constitue également un enjeu de taille pour ces pays. Bien que la contraception soit accessible presque partout, le choix des méthodes est limité. Les jeunes non mariés sont souvent exclus des services de planification familiale, que ce soit par la loi ou dans la pratique. Des millions de grossesses continuent de se terminer en avortements qui, pour la plupart, sont non médicalisés et mettent en péril la santé et la vie des femmes.

Disposer de l'information, du pouvoir et des moyens nécessaires pour décider librement du nombre, du moment et de l'espacement des naissances est un droit. La mesure dans laquelle ce droit est respecté influence les décisions relatives au nombre d'enfants par foyer et, par conséquent, les taux de fécondité. Le respect des droits reproductifs constitue en soi un objectif qui mérite d'être atteint, mais il peut également débloquent d'autres droits et permettre aux pays de faire progresser le développement social et économique.

Par exemple, dans les pays qui comptent d'importantes populations émergentes de jeunes, comme c'est le cas dans les États arabes et en Asie, le fait de donner aux personnes et aux couples qui le souhaitent les moyens d'avoir moins d'enfants ou de les avoir plus tard peut permettre une transition démographique susceptible de conduire à un dividende démographique capable de stimuler les économies et de réduire la pauvreté.

Assurer à tous les groupes de population un accès équitable aux services de santé sexuelle et reproductive peut également contribuer à réduire les inégalités économiques en Amérique latine et dans de nombreuses autres régions du monde (UNFPA, 2017).



**En trois générations, la taille
des familles nombreuses
s'est réduite pour atteindre
deux enfants par foyer.**

GROS PLAN SUR LE BRÉSIL

© UNFPA/Debora Klempous

*« Le temps que
la sage-femme arrive,
mon bébé était
déjà né. »*

Tereza, 87 ans

Tereza Correia de Melo naît et grandit dans la zone rurale de la ville de Santa Maria do Suaçuí, à Minas Gerais. Elle se marie en 1949, à l'âge de 18 ans, et tombe rapidement enceinte. Elle remarque que son corps change mais ne comprend pas vraiment ce qui lui arrive. « Je ne savais même pas que je pouvais avoir un enfant si je couchais avec un homme », se remémore Tereza, aujourd'hui âgée de 87 ans.

À cette époque, la ville de Tereza ne dispose pas des services lui permettant de prendre des décisions éclairées en matière de contraception et de grossesse. Au cours de sa vie, Tereza vit 22 grossesses, donne naissance à 15 enfants et subit sept avortements. Elle accouche chez elle à 14 reprises.

« Parfois j'étais seule et, le temps que la sage-femme arrive, mon bébé était déjà né », raconte Tereza.

Seul son quinzième accouchement se déroulera à l'hôpital, dans une zone rurale proche de São Paulo où elle a déménagé. Pour la première fois de sa vie, elle rencontre un médecin qui lui parle de contraception, une précaution qu'elle jugeait jusqu'alors inutile puisqu'elle avait déjà 46 ans. Mais elle ne veut prendre aucun risque et subit une intervention de stérilisation l'année suivante.

La fille de Tereza, Margarete Rodrigues de Barros Oliveira, âgée de 45 ans, déclare que les très nombreuses grossesses de sa mère l'ont incitée à prendre en main sa vie reproductive. La sœur de Margarete a également eu plus d'enfants qu'elle ne l'avait prévu : « C'était une mère célibataire de six enfants, très malheureuse. Je ne voulais vraiment pas me retrouver dans la même situation. »

Afin d'éviter une grossesse non désirée, Margarete et son partenaire utilisent des préservatifs, disponibles auprès du centre de santé local où elle travaille comme aide-soignante. Au centre, Margarete est informée non seulement sur la contraception, mais également sur la prévention des infections sexuellement transmissibles.

Margarete a 32 ans lorsqu'elle termine ses études d'infirmière. Cette année-là, son partenaire et elle décident qu'ils sont prêts à fonder une famille. « J'ai calculé ma période de fécondité et nous avons eu des rapports sexuels.

Au bout de dix jours, j'ai su que j'étais enceinte. » Le couple décide de faire un deuxième enfant sept ans plus tard et de ne plus en avoir, afin d'offrir la meilleure vie possible à ses enfants. Margarete commence à prendre la pilule avant d'opter pour un contraceptif injectable, puis finalement pour un dispositif intra-utérin. « Mais nous utilisons toujours des préservatifs, juste au cas où », précise-t-elle.

Aretha Inês Aparecida Ferreira Bento, âgée de 38 ans, souhaite elle aussi avoir deux enfants. Née à São Paulo, elle planifie ses deux grossesses, dont la première après cinq ans de mariage. Elle arrête de prendre la pilule, calcule sa période d'ovulation et tombe enceinte en l'espace d'un mois.

« Nous avons toujours tenu compte des aspects financiers liés aux enfants. »

Aretha Inês Aparecida Ferreira Bento, 38 ans, Brésil

Pendant sa grossesse, elle continue d'occuper son poste dans le secteur des politiques publiques à la mairie de sa communauté. Peu après la naissance de sa fille, elle et son mari décident d'avoir un deuxième enfant. « Nous avons toujours tenu compte des aspects financiers liés aux enfants, déclare Aretha. Nous ne pouvions pas nous permettre d'en avoir plus de deux, alors mon mari Reginaldo a subi une vasectomie. »

Aretha dit s'être informée sur la grossesse et la contraception en lisant des livres et en discutant avec des amis et des prestataires de soins de santé. « Je n'ai pas le souvenir que ma mère m'ait parlé de sexualité. »

La mère d'Aretha, Angela Maria Dario Ferreira, âgée de 64 ans, confirme qu'elle n'a jamais abordé le sujet de la sexualité avec sa fille. Et elle ajoute que sa propre mère ne lui en a jamais parlé non plus. Dépourvue de connaissances sur la sexualité et la grossesse, elle tombe enceinte pour la première fois en 1972, alors qu'elle est âgée de 18 ans, célibataire et toujours scolarisée. Elle tombera de nouveau enceinte à trois reprises après ses études secondaires, deux ans après sa première grossesse. À l'hôpital où elle travaille aujourd'hui, elle a reçu une contraception ainsi que des informations à ce sujet. Elle n'est jamais retombée enceinte.

© UNFPA/Debora Klempous





Créer des conditions favorables à la parentalité

CHAPITRE 5

Depuis plusieurs années, voire des décennies, la fécondité est inférieure au seuil de remplacement — moins de 2,1 naissances par femme, dans 53 pays et territoires (figures 29 et 30). Parmi ces derniers, la province chinoise de Taiwan affiche actuellement le taux de fécondité le plus bas au monde : 1,1 naissance par femme.



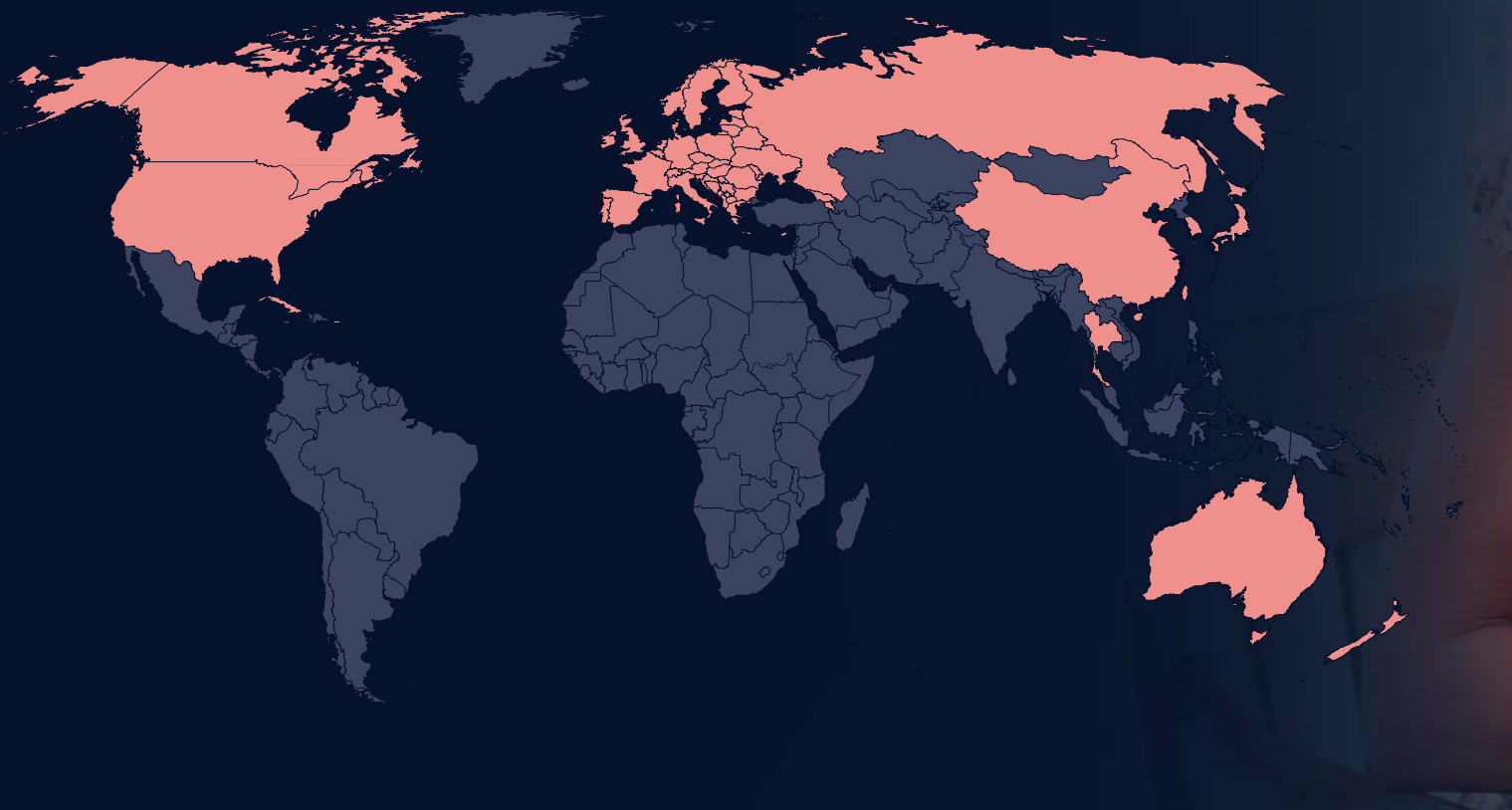
© Eriko Koga/Getty Images

En général, le phénomène de faible fécondité observé dans ce groupe de pays et de territoires coïncidait avec une élévation du niveau d'études et une meilleure prise en compte de l'égalité des droits entre les femmes et les hommes. Par exemple, dans un certain nombre de pays à revenu élevé affichant une faible fécondité, plus de la moitié des jeunes s'inscrivent à l'université. Dans tous les pays développés membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques, les femmes âgées de 25 à 34 ans sont aujourd'hui

plus nombreuses que les hommes à atteindre un niveau d'études supérieures (OCDE, 2017).

Dans l'ensemble de ces pays et territoires, le passage de familles nombreuses à des familles de taille plus restreinte a permis aux parents de consacrer davantage de temps et de moyens à la santé, aux apprentissages et au bien-être de leurs enfants. Cette évolution a donné aux femmes la capacité d'achever leurs études, de rejoindre le monde du travail et de construire leur carrière avant d'envisager de fonder une famille, leur

TAUX DE FÉCONDITÉ MOINS DE 2,1 NAISSANCES PAR FEMME



permettant ainsi de devenir indépendantes sur le plan économique (Goldin, 2006).

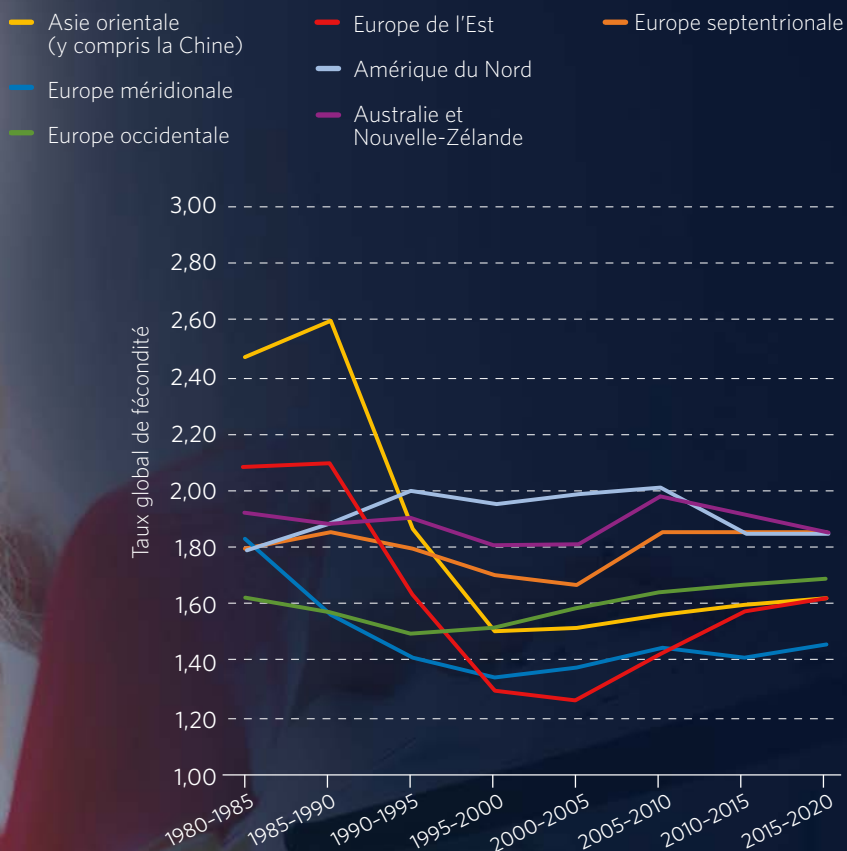
Une fécondité basse reflète clairement la maîtrise acquise par les femmes, les hommes et les couples en matière de prévention des grossesses et d'espacement des naissances, mais elle témoigne également des difficultés persistantes que rencontrent les femmes et les hommes au moment de fonder une famille ou de programmer leur prochain enfant. Par conséquent, les femmes des pays à faible fécondité déclarent ne pas avoir autant

d'enfants qu'elles le souhaiteraient. Les obstacles qui s'opposent au désir de fonder ou d'agrandir une famille sont les suivants : contraintes liées aux ressources financières, au logement et au marché de l'emploi et solutions inadaptées à la conciliation de la vie privée et de la vie professionnelle.

Les pays à faible fécondité sont confrontés à de multiples défis : augmentation du nombre de personnes âgées et des coûts de santé qui y sont associés, diminution de la main-d'œuvre et affaiblissement potentiel de l'économie.



FIGURE 30 Taux globaux de fécondité dans 53 pays et territoires à faible fécondité entre 1980 et 2020



Source : Organisation des Nations Unies (2017)

© Emma Innocenti/Getty Images

Certains pays d'Europe et d'Asie de l'Est considèrent cette faible fécondité comme une menace pour leur sécurité économique et tentent d'inverser la tendance au moyen de politiques destinées à soutenir les familles qui font le choix d'avoir plus d'enfants. D'autres pays, en Europe de l'Est et du Sud-Est, voient dans ce phénomène – et dans la diminution de la population qui en résulte – une menace pour leur sécurité nationale.

Parmi les pays développés, deux gouvernements sur trois estiment que leur fécondité est trop

basse et mènent actuellement des politiques visant à accroître la natalité (Organisation des Nations Unies, 2015). Certains pays font face au déclin démographique à l'aide de politiques destinées à attirer les migrants, notamment les jeunes, afin de combler la pénurie de main-d'œuvre.

Si le respect des droits reproductifs a contribué à la baisse de la fécondité dans la plupart de ces pays et territoires, la suppression des obstacles restants en la matière peut permettre à davantage de personnes d'avoir le nombre d'enfants qu'elles désirent.

Tendances

La baisse de la fécondité s'est amorcée dans de nombreux pays européens à la fin du XIX^e siècle. Dans les années 1970, la transition de la fécondité avait eu lieu en Australie, au Japon et dans tous les pays très développés d'Europe et d'Amérique du Nord. En Chine, la fécondité a connu une forte baisse dans les années 1970, conséquence d'une part des politiques qui visaient à promouvoir des grossesses plus tardives et moins fréquentes, et d'autre part du programme de planification familiale lancé en 1979 dans le pays, limitant généralement le nombre d'enfants à un par couple. Dans les années 1980 et 1990, des pays tels que Cuba, la République de Corée et la Thaïlande ont rejoint le groupe croissant des pays ayant une fécondité inférieure au seuil de remplacement. À peu près à la même époque, les pays d'Europe méridionale, orientale et centrale qui affichaient une faible natalité ont vu leur taux global de fécondité chuter davantage encore, atteignant parfois 1,3 naissance par femme, puis se maintenir à ce niveau pendant plusieurs décennies (Kohler *et al.*, 2002 ; Goldstein *et al.*, 2009). Les cinq pays ou territoires qui présentent les taux globaux de fécondité les plus bas se trouvent en Asie de l'Est et du Sud-Est. Dans les plus grandes villes chinoises, la fécondité était de 0,8 dans les années 1990 et 2000 (Guo et Gu, 2014).

Les pays à faible fécondité examinés dans ce chapitre présentent d'importantes variations en matière de fécondité. Certaines études suggèrent qu'à long terme, il existe « des différences considérables sur le plan de la fécondité » entre les pays plus développés (McDonald, 2006 ; Rindfuss *et al.*, 2016 ; Billari, 2018). Dans la figure 31, le contraste est saisissant entre les pays et les régions qui affichent une fécondité modérément faible (entre 1,7 et 2,2) et ceux qui ont une fécondité très basse (1,6 ou moins). Les indicateurs globaux utilisés pour mesurer la fécondité sont le taux global de fécondité et la descendance finale par cohorte (voir l'encadré ci-après).



GROS PLAN SUR LE BÉLARUS

« À terme, nous aimerions avoir deux ou trois enfants, mais pas tout de suite ».

Olga, 30 ans



Des politiques favorables à la famille visent à lever les obstacles à la procréation.

© UNFPA/Egor Dubrovsky

« À terme, nous aimerions avoir deux ou trois enfants, mais pas tout de suite », déclare Olga, en promenade dans un parc de Minsk avec son mari Andrey et leur fille Yulia de 3 ans en cette fin de journée d'avril. L'appartement qu'ils partagent avec les parents d'Andrey est trop petit pour accueillir une plus grande famille, explique Olga. « Je pense que ce serait bien si chaque enfant avait sa propre chambre, poursuit-elle. Malheureusement, nous ne pouvons pas nous le permettre. » Olga, 30 ans, et Andrey, 35 ans, ressemblent aux autres couples habitant la capitale

du Bélarus qui souhaitent avoir deux enfants ou plus mais qui, faute de moyens, finissent par en avoir seulement un, parfois deux. Le salaire moyen mensuel avoisine les 430 dollars. Parallèlement, le coût de la vie pour une famille de quatre personnes s'élève à environ 1 600 dollars par mois, sans compter le loyer ni la garde des enfants.

Olga travaille dans les achats pour une entreprise publique de matériel médical et Andrey dirige une compagnie de danse. Malgré ces deux revenus, le couple peine à boucler les fins de mois.

Alléger la charge financière

En 2002, le Gouvernement a lancé un Programme de sécurité démographique destiné à alléger la charge financière à supporter pour fonder ou agrandir une famille, et à inverser la baisse générale de la population dans le pays. Cette tendance à faire moins d'enfants s'est amorcée au Bélarus il y a de cela plusieurs décennies. Au début des années 1980, les femmes avaient en moyenne 2,1 enfants, un nombre suffisant pour maintenir la taille de la population. Mais aujourd'hui ce chiffre est de 1,7. Les responsables gouvernementaux estiment que ce déclin démographique met en péril la santé financière du filet de sécurité sociale, ainsi que la solidité de son économie et de son marché du travail.

Dans le cadre du programme lancé en 2002, le Gouvernement fournit un appui financier aux couples lorsqu'ils ont des enfants. Lorsqu'une femme, comme Olga, tombe enceinte et s'inscrit auprès d'un centre médical public afin d'effectuer un bilan prénatal, elle reçoit environ 100 dollars. Lorsqu'elle accouche, elle reçoit environ 1 000 dollars supplémentaires. Le congé de maternité est rémunéré à taux plein deux mois avant l'accouchement et dure jusqu'au

deuxième mois suivant la naissance. Ensuite, l'État verse une allocation familiale d'environ 150 dollars jusqu'à trois ans de congé parental, qui peut être pris par la mère ou par le père.

Une aide au logement est également prévue, toutefois, elle est accordée en priorité aux familles qui ont déjà au moins trois enfants. Le programme a permis à des couples comme Olga et Andrey de fonder une famille, mais il n'a pas supprimé tous les obstacles qui les empêchent d'agrandir leur famille en ayant leur propre maison.

Même si deux jeunes couples sur trois déclarent aujourd'hui vouloir deux enfants, on constate dans les faits une augmentation rapide du nombre de familles avec un seul enfant. Ce décalage s'explique en grande partie par les difficultés économiques.

En 2016, le Gouvernement a entrepris une enquête nationale afin d'analyser la façon dont les inégalités entre les sexes pouvaient empêcher les femmes et les hommes d'avoir le nombre d'enfants qu'ils souhaitent. Les résultats montrent que des mesures destinées à alléger la charge du travail domestique



qui pèse de manière disproportionnée sur les femmes, à leur permettre de concilier vie de famille et vie professionnelle et à élargir les services de garde gratuits ou abordables permettraient à davantage de femmes d'entrer sur le marché du travail rémunéré et d'y rester, de toucher de meilleurs salaires et d'accroître les revenus du foyer, supprimant ainsi les autres obstacles qui empêchent d'avoir davantage d'enfants.

Les inégalités entre les sexes se manifestent sous d'autres formes. La majorité des femmes ayant des enfants prennent l'intégralité du congé parental de trois ans. Mais lorsqu'elles reprennent le travail, elles constatent généralement un certain retard par rapport à leurs homologues masculins en matière de progression salariale et professionnelle. Bien que les hommes aient la possibilité de prendre un congé parental, ils ne le font presque jamais. Environ un homme sur cent seulement choisit de rester à la maison pour élever ses enfants.

Accès à la contraception

Le désir d'enfant ne concerne par toutes les femmes ni tous les hommes. Pour ceux qui souhaitent éviter ou retarder une grossesse,

la contraception est disponible à faible coût. La majorité des couples utilisent une méthode moderne, essentiellement des préservatifs, mais également la pilule et des dispositifs intra-utérins.

Les adolescents ont eux aussi accès aux préservatifs et à la pilule, sur prescription et contre autorisation parentale. Mais pour beaucoup d'entre eux, la contraception, quelle que soit sa forme, même à bas coût, reste inabordable. Et lorsque les adolescents ont les moyens, l'accès à la contraception peut leur être refusé par des prestataires de service et des pharmaciens qui portent un jugement négatif à leur égard.

Selon Aliaksandr Davidzenka, de l'UNFPA Bélarus, « les grossesses d'adolescentes sont en diminution au Bélarus ». « Les jeunes commencent leur vie sexuelle plus tard, et ceux qui ont des relations sexuelles se protègent davantage, ce qui contribue également à réduire le nombre d'avortements. »

Cependant, il n'est pas toujours facile pour les jeunes adolescents bélarusses de s'informer sur la contraception et les rapports sexuels protégés, car aucune éducation complète à la sexualité n'est dispensée en milieu scolaire. Des pairs éducateurs volontaires, membres du réseau Y-Peer fondé par l'UNFPA, se rendent dans les établissements scolaires et les centres communautaires du pays afin de pallier ce manque d'information.

Selon Anastasiya Kamysh, une coordinatrice du réseau Y-Peer âgée de 22 ans, les jeunes ont besoin d'informations précises sur la sexualité. « Lorsque nous abordons le sujet du VIH avec les jeunes, nous parlons aussi des préservatifs et de la façon dont ils peuvent contribuer à éviter une grossesse », indique-t-elle.

Dzmitry Karol, un autre coordinateur âgé de 24 ans, déclare que les séances d'information organisées par Y-Peer traitent également de sujets tels que la violence sexiste. « Notre rôle est de faire en sorte que ce soit naturel de parler de ce genre de choses, ajoute-t-il. Et nous espérons que les jeunes qui assistent à nos ateliers partageront ce qu'ils ont appris avec leurs amis. »

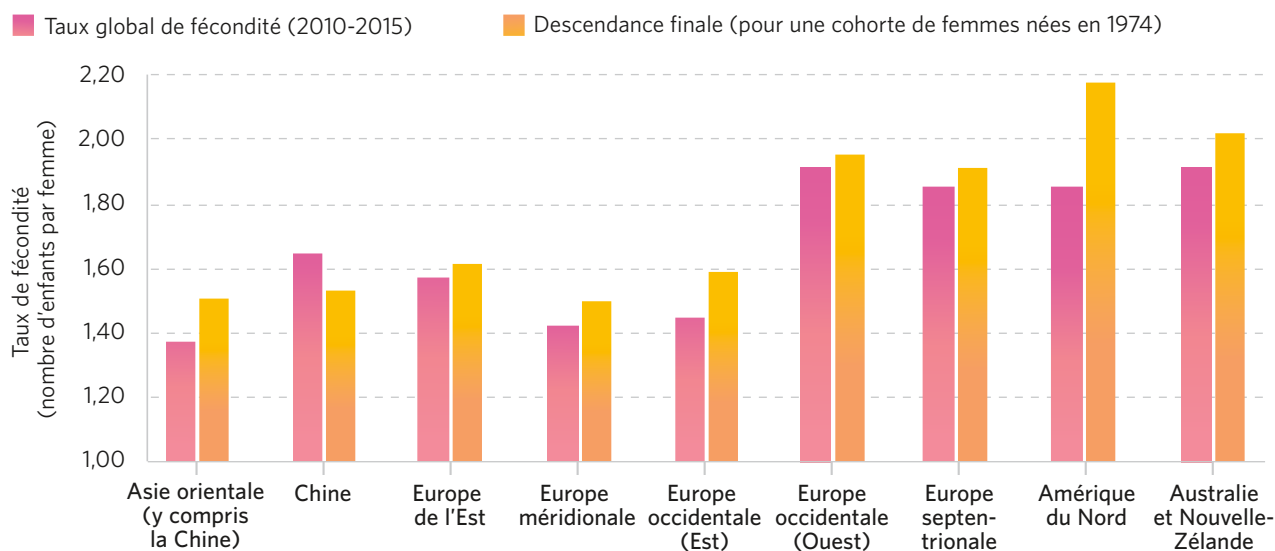
« Les jeunes ont besoin d'informations précises sur la sexualité. »

Anastasiya, 22 ans

« Notre rôle est de faire en sorte que ce soit naturel de parler de ce genre de choses. »

Dzmitry, 24 ans

FIGURE 31 Taux global de fécondité entre 2010 et 2015 et descendance finale pour une cohorte de femmes nées en 1974, dans 53 pays



Sources : Wittgenstein Centre (2016) ; Organisation des Nations Unies (2017) ; Human Fertility Database (2018) ; Yoo et Sobotka (2018)

Cette figure montre qu'il existe un écart important entre les régions où la fécondité est très basse (Asie de l'Est, Europe orientale et méridionale et partie orientale de l'Europe de l'Ouest) et celles où elle est modérément faible (Europe du Nord, partie occidentale de l'Europe de l'Ouest et pays anglophones). Les pays qui présentent une fécondité très basse comptent 2,2 milliards d'habitants, soit près de 30 pour cent de la population mondiale, dont 1,4 milliard en Chine.

Si les niveaux moyens de fécondité sont importants pour les pays, ce qui compte pour les femmes et les hommes, c'est le nombre d'enfants qu'ils ont réellement. La plupart des pays où la fécondité est modérément faible comptent un nombre élevé de femmes sans enfants mais également de femmes en ayant trois ou plus. Certains d'entre eux présentent des proportions faibles de femmes ayant un seul enfant : Australie, Finlande, Pays-Bas et Royaume-Uni. Les États-Unis comptent eux aussi un nombre élevé de femmes ayant trois enfants ou plus.

À l'inverse, les pays d'Europe de l'Est affichent une forte proportion de femmes ayant un seul enfant mais une faible proportion de femmes

qui n'en ont pas, ce qui reflète le faible degré d'acceptation quant au fait de ne pas avoir d'enfant. Les très faibles taux moyens de fécondité enregistrés en Europe du Sud et en Allemagne s'expliquent par le nombre élevé de femmes sans enfants ou ayant un seul enfant. Enfin, le Japon est le pays qui possède le taux le plus élevé de femmes sans enfants, trois femmes sur dix étant sans enfant à l'âge de 40 ans.

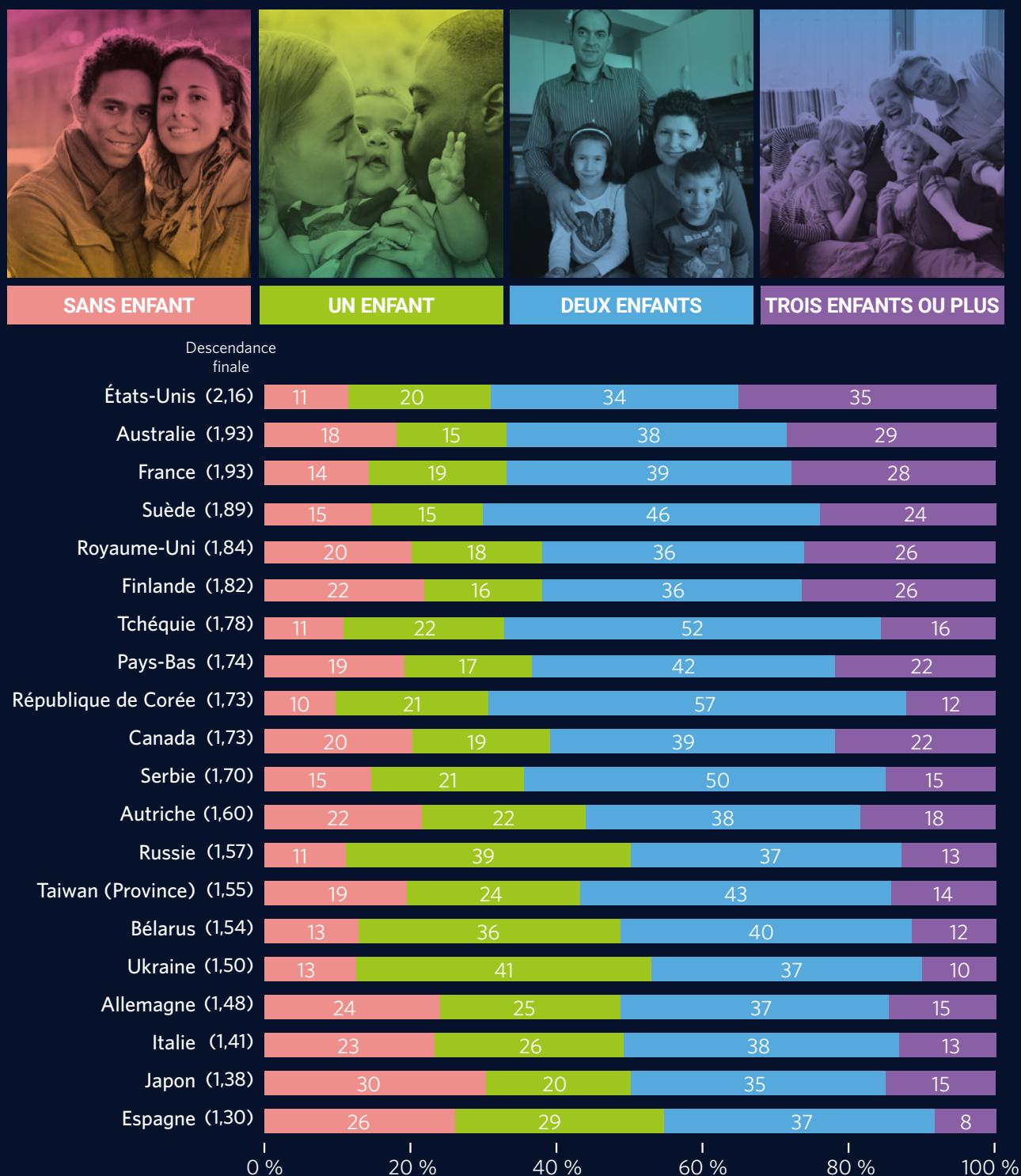
Globalement, la fécondité moyenne n'est pas corrélée au nombre de femmes ayant deux enfants, mais elle est fortement liée au nombre de femmes ayant trois enfants ou plus (figure 32).

Dans les pays et territoires examinés dans ce chapitre, le nombre de femmes ayant des enfants plus tardivement et sans être mariées est en augmentation (Billari et Kohler, 2004 ; Sobotka, 2017).

Dans des pays tels que l'Italie, le Japon, la République de Corée ou l'Espagne, l'âge moyen des femmes à la naissance de leur premier enfant est supérieur à 30 ans, contre 24 à 26 ans dans les années 1970 (figure 33). Cette tendance va de pair avec une réduction du nombre de grossesses chez les adolescentes, en particulier aux États-Unis et

FIGURE 32

Descendance finale et nombre de naissances vivantes pour une cohorte de femmes nées en 1974 dans une sélection de pays et territoires à faible fécondité



Sources : Human Fertility Database (2018) ; services nationaux de statistique (2018)

Remarque : Les données ont été calculées pour les femmes de moins de 40 ans.

Photos, de gauche à droite : © anouchka/Getty Images, © Maskot/Getty Images, © Giacomo Pirozzi, © Michele Crowe/
www.theuniversalfamilies.com

en Europe de l'Est (figure 34). Dans la plupart des pays d'Europe et d'Asie de l'Est, les adolescentes sont à l'origine de 3 pour cent seulement de toutes les naissances.

Les grossesses plus tardives sont devenues plus populaires chez les femmes ayant suivi de longues études, qui cherchent ainsi à éviter les écueils financiers ou professionnels auxquels se heurtent souvent les femmes qui ont choisi de devenir mères plus tôt (Miller, 2011). La disponibilité de techniques d'aide à la procréation telles que la fécondation *in vitro* a contribué à cette hausse. Les femmes qui choisissent de retarder leur grossesse jusqu'à la fin de leur trentaine ou de leur quarantaine présentent un risque accru de stérilité et de complications (Schmidt *et al.*, 2012 ; te Velde *et al.*, 2012 ; Sobotka et Beaujouan, 2018).

La baisse de la fécondité observée entre 1970 et 2000 coïncide avec une tendance à se marier plus tard, à vivre plus longtemps en concubinage, à divorcer davantage

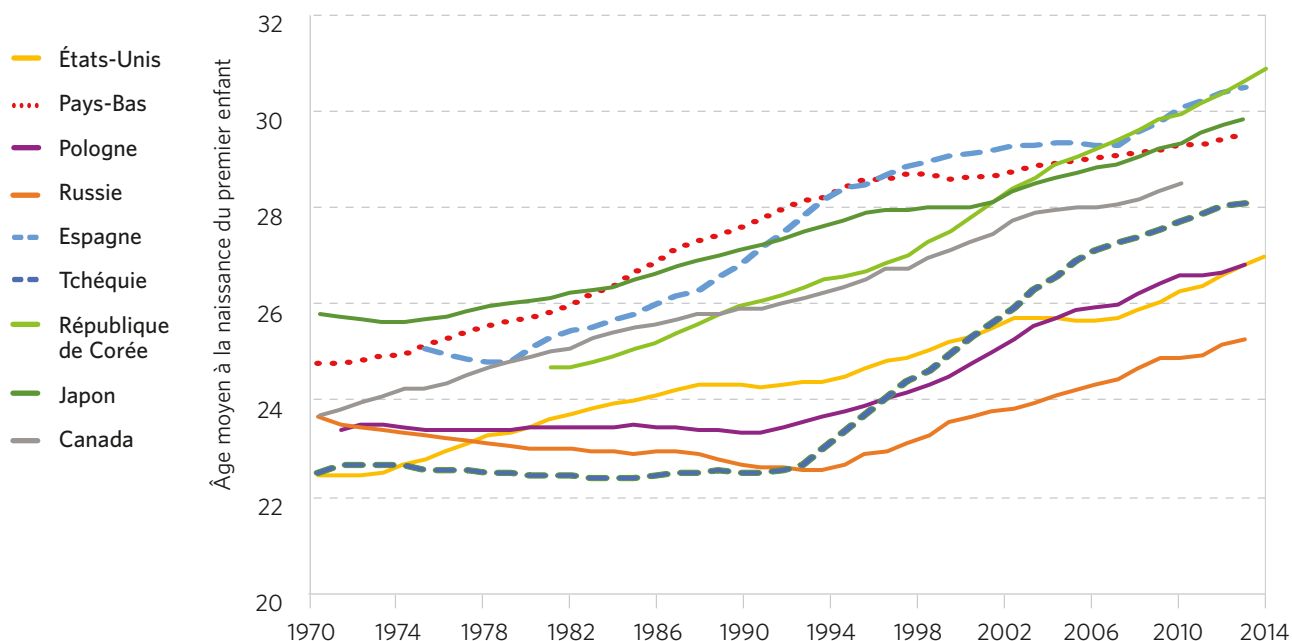
et à faire plus d'enfants sans être marié (Lesthaeghe, 2010 ; Perelli-Harris *et al.*, 2012 ; Hayford *et al.*, 2014 ; Lappegård *et al.*, 2018). Toutefois, ces tendances ont atteint des niveaux très élevés dans certains pays tels que la Suède, les États-Unis et la Russie, avant de s'inverser après 2004 (figure 35).

Dans l'Union européenne, la proportion de naissances hors mariage s'élevait à 42 pour cent en 2014, soit deux fois plus qu'en 1994. À l'inverse, la fécondité reste étroitement liée au mariage en Asie de l'Est. Dans cette région où mariage et parentalité sont indissociables, il est de plus en plus courant de ne pas avoir d'enfants (Jones et Gubhaju, 2009 ; Wei *et al.*, 2013 ; Guo et Gu, 2014).

La plupart des naissances hors mariage sont le fait de couples non mariés plutôt que de mères célibataires. Vers 2010, un enfant européen sur dix âgé de 2 ans vivait avec une mère célibataire, contre quatre sur dix vivant avec un couple non marié (Wittgenstein Centre, 2015).

FIGURE 33

Âge moyen à la naissance du premier enfant dans une sélection de pays entre 1970 et 2016

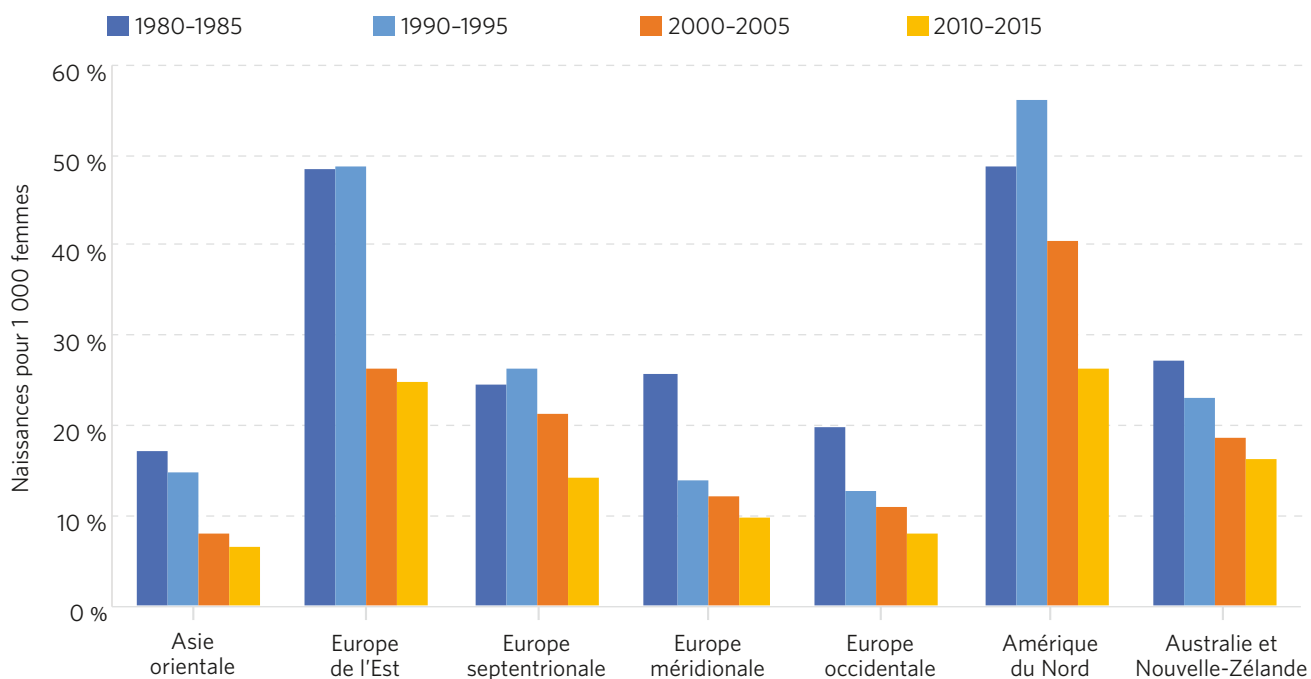


Sources : Human Fertility Database (2018) ; Yoo et Sobotka (2018)



© Thanasis Zovoilis/Getty Images

FIGURE 34 Taux de fécondité pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans entre 1980 et 2015



Source : Organisation des Nations Unies (2017)

Le taux de fécondité annuel (ou global) peut varier en fonction de l'évolution de la conjoncture économique et de la politique familiale, ou en cas de changement politique ou de conflit. Ainsi, la crise financière qui a touché les États-Unis et l'Europe à partir de 2008 s'est accompagnée d'une baisse de la fécondité dans les pays où cette dernière était repartie à la hausse au début des années 2000 (Goldstein *et al.*, 2013 ; Schneider, 2015 ; Wittgenstein Centre, 2015 ; Comolli, 2017). De la même façon, la crise financière qui a frappé l'Asie de l'Est en 1997 a fait chuter la fécondité à des niveaux très bas (Kim et Yoo, 2016). La dissolution de l'ex-Union soviétique et l'effondrement du socialisme d'État aux environs de l'année 1990 ont été suivis d'une

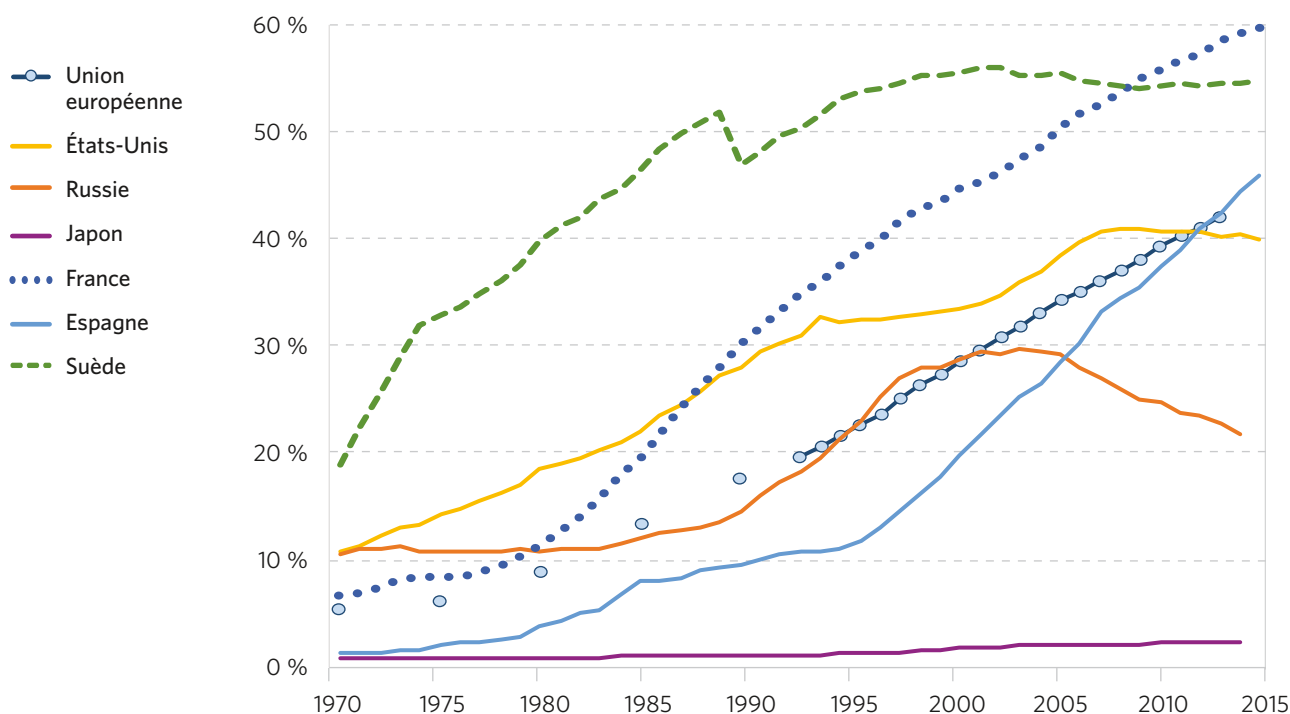
forte chute de la fécondité en Europe centrale et orientale (Sobotka, 2011).

Pression à la baisse sur la fécondité

Globalement, la très faible fécondité enregistrée en Asie de l'Est et dans de nombreuses régions d'Europe n'est pas directement attribuable au désir d'avoir une famille moins nombreuse. Le nombre moyen d'enfants souhaité est d'environ deux par femme (Sobotka et Beaujouan, 2014), mais la fécondité est en réalité plus basse. L'écart entre le nombre d'enfants souhaité et la taille réelle du foyer suggère que les femmes et les hommes ne sont pas pleinement en mesure de réaliser leurs droits reproductifs.

FIGURE 35

Pourcentage de naissances hors mariage dans l'Union européenne et dans une sélection de pays entre 1970 et 2016



Sources : Conseil de l'Europe (2006) ; NIPSSR (2017) ; Eurostat (2018) ; Martin *et al.* (2018)



© iconics/a.collectionRF/Getty Images

Obstacles économiques

Dans les pays à revenu élevé, les jeunes femmes et les jeunes hommes peinent à s'insérer sur le marché du travail. Ils suivent généralement des études plus longues que les jeunes des pays pauvres, et c'est pourquoi ils entrent plus tardivement dans la vie active. Lorsqu'ils ont achevé leurs études, ils ont souvent du mal à trouver un emploi, en particulier dans leur domaine de compétence.

La transformation structurelle de l'économie mondiale a fait disparaître de nombreux emplois qui permettaient auparavant aux jeunes diplômés de faire leurs premiers pas dans la vie professionnelle (Adsera, 2018). Parallèlement, de nombreux emplois qui offraient autrefois des perspectives à long terme ont été remplacés par des contrats de courte durée ou des engagements contractuels.

Cette situation accentue les inégalités sur le marché du travail et diminue le revenu réel des vingténaires et des jeunes trenténaires, hommes

et femmes confondus (Sanderson *et al.*, 2013; Rahman et Tomlinson, 2018). Nombre de jeunes « ne parviennent pas à réussir » dans les pays à revenu élevé (Sanderson *et al.*, 2013). La situation des jeunes est encore plus précaire en Europe du Sud, où le chômage est élevé, le travail temporaire de plus en plus courant et la protection sociale limitée (Rahman et Tomlinson, 2018). Cette incertitude économique et professionnelle contribue à retarder le moment de fonder une famille et de se marier et augmente la proportion de personnes sans enfants (Blossfeld *et al.*, 2005).

Dans les années 1990, de nombreux pays développés ont connu un ralentissement économique qui a affecté l'emploi, les revenus et le niveau de vie. Par exemple, la crise financière asiatique de 1997 a modifié les pratiques en matière d'emploi en supprimant les emplois au profit de nouveaux contrats de travail à durée déterminée, fragilisant ainsi considérablement la vie professionnelle des jeunes (Ma, 2014).

Les pays d'Europe de l'Est ont eux aussi connu une longue période de ralentissement économique dans les années 1990, le passage difficile à l'économie de marché ayant accru les inégalités de revenu et la pauvreté. D'une façon générale, ces conditions sont souvent associées à une forte baisse de la fécondité. En Europe de l'Est, la principale conséquence observée sur le plan de la natalité est une baisse du nombre de deuxièmes enfants, qui s'est traduite par une forte hausse de la proportion de femmes ayant un seul enfant (Perelli-Harris, 2005 ; Sobotka, 2011 ; Zeman *et al.*, 2018). La crise financière de 2008 a eu les mêmes répercussions néfastes sur les possibilités économiques offertes aux jeunes.

Trouver le juste milieu entre vie professionnelle et vie de famille

Dans les pays développés, le nombre de femmes à atteindre un niveau d'études supérieures ayant augmenté, ces dernières sont également plus nombreuses à entrer sur le marché du travail rémunéré et à y rester. Toutefois, pour les femmes qui ont un accès limité à des services de garde abordables ou qui ne peuvent y accéder, et dont ni l'employeur ni le Gouvernement ne prévoient de disposition en matière de congé parental rémunéré ou d'adaptation du temps de travail, il est difficile de concilier obligations familiales et professionnelles (Goldin, 2006). En outre, dans de nombreux pays, la responsabilité de l'éducation des enfants repose en grande partie sur les épaules des femmes. Ces difficultés peuvent amener les femmes à se tourner vers des emplois dans le secteur public, qui offrent des avantages et une stabilité, mais sont moins bien rémunérés que dans le privé.

Les pays ayant une fécondité très basse disposent souvent de politiques insuffisantes en matière de conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale. Par exemple, dans la plupart des pays d'Europe orientale et centrale, les structures publiques de garde d'enfants en bas âge sont limitées. Ainsi, moins de 15 % des enfants âgés de 0 à 2 ans étaient inscrits dans



GROS PLAN SUR LA THAÏLANDE

**Ces 15 dernières années,
environ 1,6 million d'enfants
sont nés de mères
adolescentes.**



En Thaïlande, deux femmes, deux parcours de fécondité.

© UNFPA/Matthew Taylor

« J'ai commencé à danser quand j'avais 15 ans », raconte Kate. Lors d'une représentation pendant un salon à Nonthaburi, elle rencontre un homme. « Il était plus âgé que moi. Il me faisait rire et il était beau. Il ne me plaisait pas au début, puis j'ai commencé à l'apprécier. »

À cette époque, Kate n'a jamais entendu parler de la contraception ni des risques liés aux relations sexuelles non protégées, et finit par tomber enceinte. Elle est aujourd'hui âgée de 17 ans et vit dans un foyer de Bangkok qui accueille des mères adolescentes.

Ces 15 dernières années, environ 1,6 million d'enfants sont nés de mères adolescentes en Thaïlande, un chiffre en hausse de 54 pour cent entre 2000 et 2014. Rien qu'en 2016, plus de 14 pour cent de toutes les grossesses du pays concernaient des adolescentes.

Afin de permettre aux filles comme Kate d'éviter les grossesses jusqu'à un âge plus avancé où elles décideront de fonder une famille, le Gouvernement a adopté une loi qui rend la contraception et l'information accessibles à tous les jeunes âgés de 10 à 19 ans. En Thaïlande, presque tous les établissements

d'enseignement secondaire du pays dispensent une éducation complète à la sexualité. Bien que de qualité variable, celle-ci est indispensable pour permettre aux jeunes de prendre des décisions éclairées concernant leur corps et leurs relations. Une nouvelle loi exige que tous les établissements secondaires thaïlandais appliquent ce programme.

« Nous ne pouvons pas empêcher les adolescents d'avoir des relations sexuelles, mais nous pouvons les aider à les rendre plus sûres », déclare le Dr Jetn Sirathranont, qui préside la Commission de l'Assemblée législative nationale de Thaïlande chargée de la santé publique.

« Mes parents étaient agriculteurs. Ils n'avaient pas d'argent pour m'envoyer à l'école, alors je suis partie travailler à Bangkok à l'âge de 12 ans », raconte Sanit, aujourd'hui âgée de 40 ans, en ouvrant l'atelier de couture où elle travaille depuis plusieurs années.

« J'avais une vie rangée, poursuit Sanit. Je travaillais dur et je poursuivais mes études secondaires en parallèle. Je n'avais pas le temps de trouver un mari et encore moins d'avoir des enfants.

Alors quand je me suis mariée l'année dernière, je savais que je devais faire des enfants rapidement. Mais le médecin m'a trouvé une grosseur à l'utérus qui, en plus de mon âge, diminuait nos chances de concevoir. »

Sanit se retrouve dans la situation d'un nombre croissant de Thaïlandaises qui se sont investies dans leur vie professionnelle aux dépens de leur vie personnelle. Lorsqu'elles sont prêtes à fonder une famille, il est souvent trop tard pour tomber enceinte ou accoucher sans complications. Des traitements contre la stérilité existent en Thaïlande mais ils sont trop coûteux pour la plupart des gens.

« De plus en plus de personnes cherchent en priorité à s'assurer une sécurité et une stabilité économiques avant de fonder une famille, précise le Dr Sorapop Kiatpongsan, spécialiste de la fécondité à l'université Chulalongkorn de Bangkok. Les femmes qui ont laissé passer leurs années les plus fécondes ont besoin d'une bonne information et de solutions de traitement abordables », ajoute-t-il.

Les histoires de Kate et de Sanit reflètent les deux situations opposées du défi auquel est confrontée la Thaïlande en matière de fécondité.

D'un côté, des adolescentes qui n'ont pas accès à l'information ni aux services de santé sexuelle et reproductive et qui voient leur avenir limité par une grossesse non désirée. Et, de l'autre côté, des femmes qui choisissent de retarder le moment de fonder une famille et qui réalisent que leurs années les plus fécondes se sont écoulées.



Sanit se retrouve dans la situation d'un nombre croissant de Thaïlandaises qui se sont investies dans leur vie professionnelle aux dépens de leur vie personnelle.

de telles structures en Bulgarie, en Tchéquie, en Hongrie, en Pologne, en Roumanie et en Slovaquie, contre 34 % dans l'ensemble des États membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE, 2018). Le manque de services de garde retarde le retour au travail de nombreuses mères et accroît le coût d'opportunité de la maternité.

En Asie de l'Est, la culture du travail exige un niveau élevé d'engagement des salariés vis-à-vis de leur employeur. Compte tenu de la longueur et de la rigidité des horaires de travail, il est difficile de mener de front carrière professionnelle et vie de famille. Ainsi, en République de Corée, 18 pour cent environ des employées avaient travaillé plus de 54 heures par semaine en 2014 (OECD, 2017). Pour pallier ce problème, le Gouvernement coréen a légiféré en 2018 afin d'abaisser le temps de travail à 40 heures et de limiter le nombre d'heures supplémentaires à 12 heures maximum.

En outre, les femmes qui ont des enfants font souvent l'objet de discriminations dans le monde du travail. Au Japon et en République de Corée, les mères occupent majoritairement des postes faiblement rémunérés et ont des choix de carrière limités, ce qui se traduit par des écarts de salaire considérables (OCDE, 2017).

Et alors même que les femmes disposent d'un accès égal à l'éducation et à l'emploi, leurs décisions familiales et professionnelles restent contraintes par la « deuxième journée de travail » qui les attend à la maison et qui consiste à s'occuper des enfants et de leur foyer. L'inégalité des sexes dans les ménages demeure un frein pour les femmes (McDonald, 2013), et peut contribuer à une faible fécondité.

En Asie de l'Est, les femmes sont confrontées à certaines des contraintes les plus importantes en matière de choix familiaux, et ce en raison de l'exigence des conditions de travail et de la responsabilité qui leur incombe de manière disproportionnée concernant les tâches domestiques et les soins à apporter aux enfants et aux autres membres de la famille (Raymo *et al.*, 2015). Lorsqu'elles se marient, les femmes japonaises ou sud-coréennes peuvent être amenées à se retirer de la

vie active afin d'assumer l'entretien de la maison et de s'occuper de leur époux, de leurs beaux-parents âgés et de leurs enfants (Rindfuss *et al.*, 2004). Chez les couples mariés japonais, les hommes consacrent en moyenne 3,4 heures par semaine aux tâches domestiques, contre 27,4 heures en moyenne pour les femmes (Tsuya, 2015).

Face à la perspective de devoir sacrifier leur carrière au profit d'une vie de famille, certaines femmes d'Asie de l'Est choisissent de retarder le mariage ou de ne pas se marier. Par ailleurs, la plupart des grossesses dans cette région ayant lieu dans le cadre du mariage, le nombre de femmes sans enfant ne cesse d'augmenter.

L'Asie de l'Est n'est toutefois pas la seule région où les femmes rencontrent de telles difficultés. Les inégalités entre les sexes liées au travail domestique non rémunéré persistent également dans la plupart des pays d'Europe centrale et orientale ainsi qu'en Europe du Sud, notamment en Italie et au Portugal (OCDE, 2017).

Des économies stables et des politiques favorables encouragent la fécondité

Les pays ayant une fécondité modérément basse se caractérisent par des économies stables et des politiques qui permettent de fonder ou d'agrandir plus facilement une famille. Des politiques favorables peuvent soutenir la confiance des couples quant à leur capacité à créer une famille (McDonald, 2008).

Par exemple, certains pays d'Europe ayant des taux de fécondité équivalents au seuil de remplacement ou proches de ce dernier soutiennent les familles avec enfants en leur offrant un congé parental rémunéré, des prestations en espèces, des structures de garde et d'autres services destinés aux enfants, des allègements fiscaux et des horaires scolaires adaptés aux heures de travail.

Possibilités de travail à temps partiel, dispositions permettant aux salariés de prendre un congé pour s'occuper d'un enfant malade, suppression du travail de nuit et des horaires décalés ou rémunération généreuse du congé parental et du congé de paternité, toutes ces mesures peuvent changer la donne pour un

couple ou une personne qui envisage de fonder une famille.

Le Canada ainsi que plusieurs pays européens ont réduit les obstacles à l'emploi des mères de façon telle que la plupart des femmes ayant des enfants disposent à l'heure actuelle d'un emploi (OCDE, 2007, 2011). Le modèle du ménage à un revenu et demi, dans lequel un parent travaille à temps plein et l'autre à temps partiel, est aujourd'hui courant parmi les couples avec enfants en Australie, en Autriche, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Ce modèle est devenu populaire aux Pays-Bas à la suite de l'instauration par le Gouvernement d'un droit légal au travail à temps partiel et à l'octroi aux salariés à temps partiel de la même couverture qu'aux travailleurs à temps plein en matière de santé, de protection sociale et de retraite (Mills, 2015).

Les préférences en matière de fécondité se portent sur la famille à deux enfants

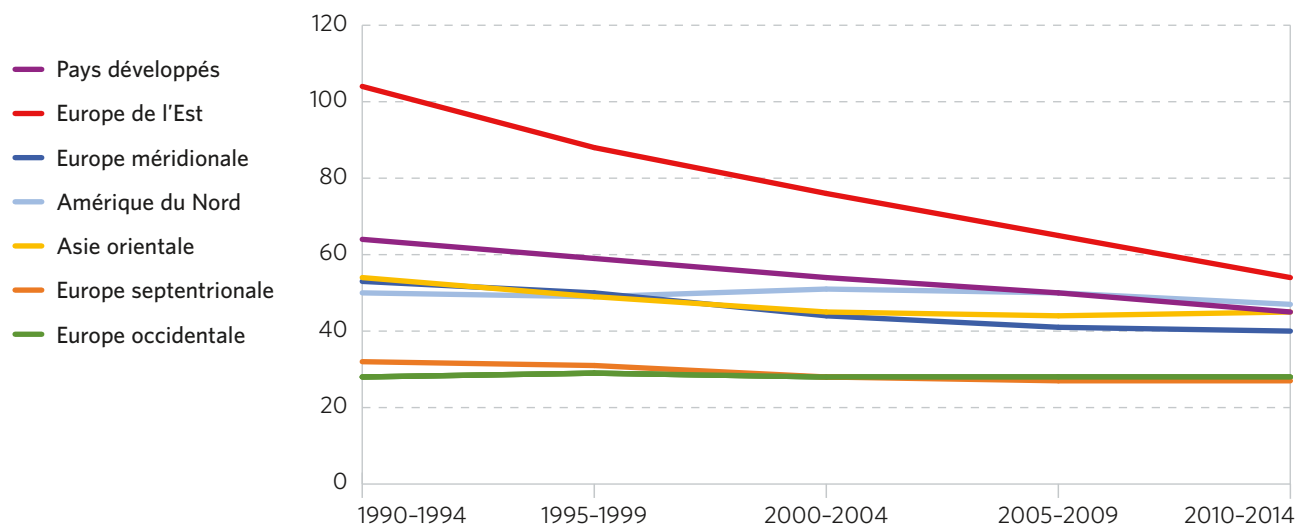
En général, la plupart des femmes des pays examinés dans ce chapitre disent préférer avoir deux enfants, bien qu'une partie non négligeable d'entre elles souhaitent en avoir trois (Hagewen et Morgan, 2005 ; Sobotka et Beaujouan, 2014 ; NIPSSR, 2016). La Chine, où les femmes choisissent majoritairement d'avoir un seul enfant, fait figure d'exception (Basten et Gu, 2013).

Dans de nombreux pays à faible fécondité, il existe un décalage considérable entre le nombre d'enfants souhaité et la taille réelle du foyer (Bongaarts, 2002 ; Wittgenstein Centre, 2015). Certains couples n'ont pas autant d'enfants qu'ils le désirent en raison de priorités divergentes ou de circonstances telles que des difficultés économiques. D'autres ont



FIGURE 36

Grossesses non désirées pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans entre 1990 et 2014



Source : Bearak *et al.* (2018)

moins d'enfants qu'ils ne le souhaiteraient à cause d'événements tels qu'une maladie ou un divorce. Généralement, les décisions relatives au nombre d'enfants souhaité évoluent en fonction des expériences de vie. Chez les femmes nées à la fin des années 1960 dans sept pays européens, l'écart entre le nombre d'enfants souhaité et la taille réelle du foyer était de 0,5 enfant en moyenne. L'écart le plus marqué est observé chez les femmes ayant suivi des études universitaires (Wittgenstein Centre, 2015 ; Beaujouan et Berghammer, 2017).

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, approuvé par 179 gouvernements en 1994, fixait l'objectif suivant : « Tout couple et tout individu a le droit fondamental de décider librement et en toute responsabilité du nombre de ses enfants et de l'espacement de leur naissance, et de disposer de l'information, de l'éducation et des moyens voulus en la matière ». Ce principe s'applique à tous les couples et à tous les individus, qu'ils ne veuillent pas d'enfants ou qu'ils souhaitent en avoir beaucoup. Par conséquent, lorsqu'un couple ou un individu décide d'avoir des enfants mais se trouve confronté

à des contraintes économiques ou à l'incapacité à concilier vie professionnelle et vie de famille, il ne peut pas jouir pleinement de ses droits reproductifs.

Grossesses non planifiées dans les pays à faible fécondité

De nombreuses grossesses survenant dans les pays développés ne sont pas désirées. Certaines de ces grossesses sont liées à la non-satisfaction des besoins de contraception. Les femmes dont le besoin de contraception n'est pas satisfait sont sexuellement actives, ne souhaitent pas tomber enceintes et n'utilisent aucun moyen de contraception (Organisation des Nations Unies, 2016). D'après les estimations, une femme sur dix mariée ou vivant en concubinage dans ces pays présente un besoin de contraception non satisfait. De plus, entre 2010 et 2014, 45 femmes en âge de procréer sur 1 000 vivant dans un pays développé seraient tombées enceintes sans le vouloir chaque année (figure 36 ; Bearak *et al.*, 2018).

L'Europe de l'Est présente un taux de grossesses non désirées relativement élevé en raison d'un accès limité à la contraception moderne (en particulier à la pilule), de l'absence d'éducation à la sexualité,



© Frank Schoepgens/Getty Images

d'une connaissance insuffisante sur la prévention de la grossesse et d'un accès limité à l'avortement (figure 37 ; Kon, 1995 ; David, 1999 ; Stloukal, 1999 ; Sobotka, 2016). Cependant, l'accès à la contraception s'est considérablement amélioré dans la région depuis le début des années 1990, entraînant un recours accru à la contraception et une baisse des taux d'avortement (figures 37 et 38). L'avortement constitue également une pratique courante en Asie de l'Est. Ainsi, en Europe orientale et en Asie de l'Est, plus de trois grossesses non désirées sur quatre se sont terminées par un avortement en 2014.

Les grossesses non désirées sont non seulement nombreuses dans les pays développés, mais elles sont également à l'origine d'une naissance sur quatre (figure 39 ; Bearak *et al.*, 2018). Toutefois, il s'agit dans la majorité des cas de naissances inopportunes plutôt que non désirées. Les pays d'Europe orientale et centrale ont un taux relativement bas de naissances non désirées qui s'explique essentiellement par l'accès à l'avortement.

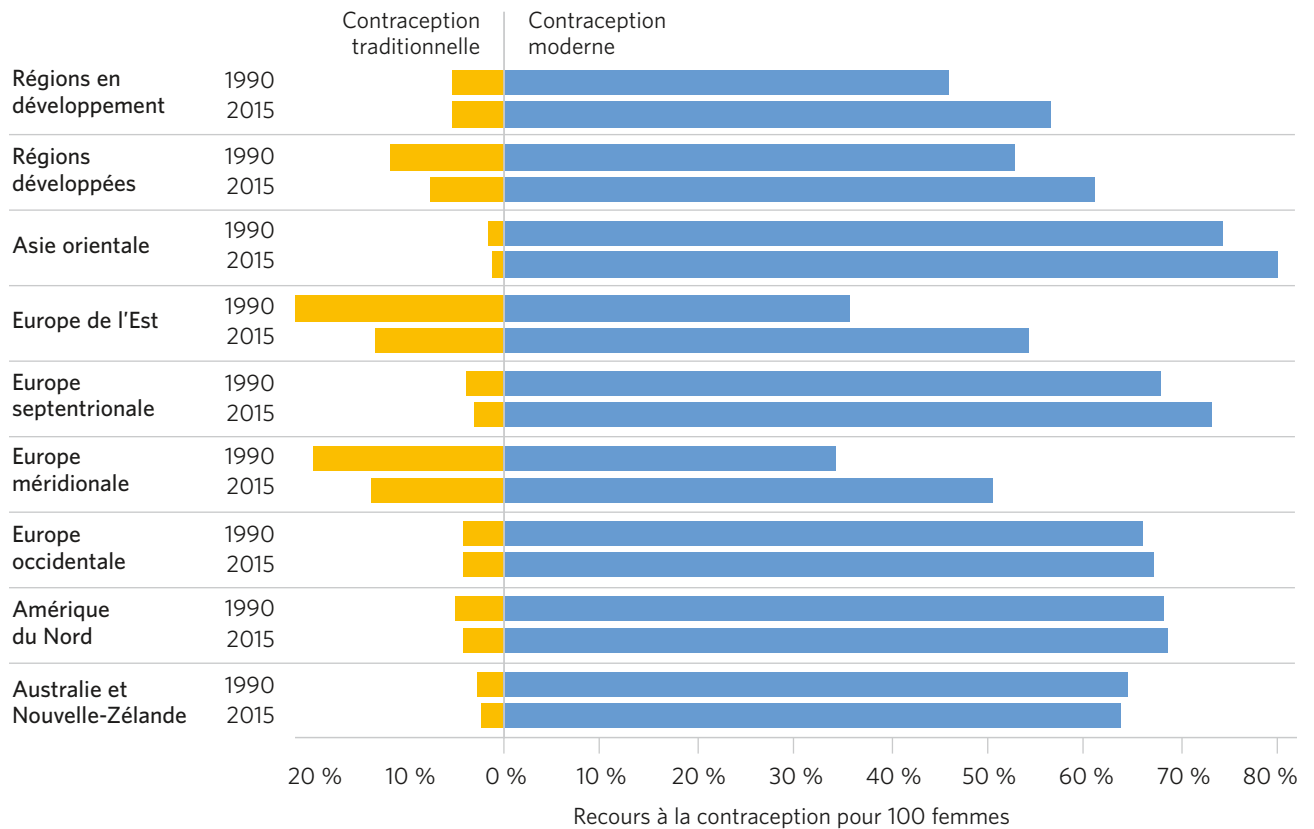
Dans certaines régions d'Europe de l'Est et du Sud-Est, les jeunes ont tendance à n'utiliser aucune contraception ou à pratiquer le retrait pendant leurs rapports (CDC et ORC Macro, 2003). L'éducation complète à la sexualité est insuffisante dans ces pays.

La mauvaise qualité des services de santé reproductive, la fragilité des systèmes de soin et l'utilisation limitée du préservatif ont contribué à la recrudescence des infections sexuellement transmissibles en Europe de l'Est dans les années 1990 (Uusküla *et al.*, 2010). Aujourd'hui, le nombre d'infections à VIH dans la région progresse toujours en grande partie en raison de l'usage de drogues injectables (Avert, 2017), mais les relations sexuelles sont devenues un mode de transmission majeur au cours des dernières années. L'Europe de l'Est et l'Asie centrale sont les seules régions qui connaissent actuellement une augmentation continue des infections à VIH (Avert, 2017 ; ONUSIDA, 2017).

La stérilité peut jouer un certain rôle dans la faible fécondité de plusieurs pays développés. Les rares données disponibles à ce sujet suggèrent que le problème est à mettre davantage au compte des hommes qu'à celui des femmes. Certaines études soulignent une diminution régulière de la qualité et de la quantité du sperme chez les hommes des pays à revenu élevé ayant une faible fécondité (Levine *et al.*, 2017), bien que la question reste contestée (te Velde *et al.*, 2017).

FIGURE 37

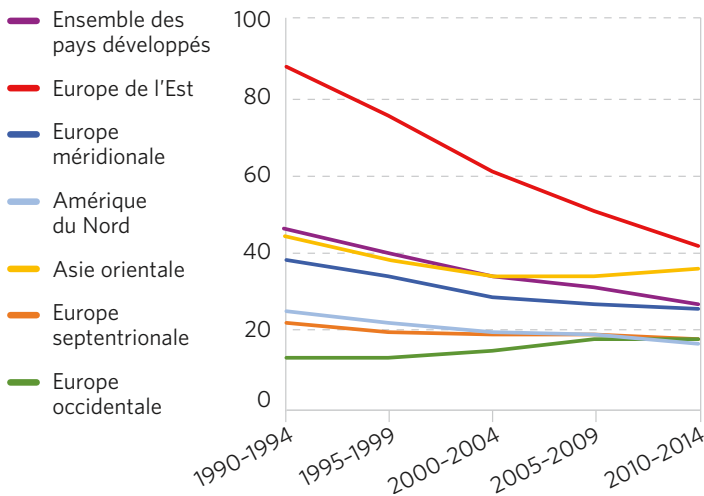
Recours à la contraception traditionnelle et moderne chez les femmes mariées ou vivant en concubinage âgées de 15 à 44 ans, dans 53 pays, entre 1990 et 1994 et entre 2010 et 2014



Source : Organisation des Nations Unies (2016)

FIGURE 38

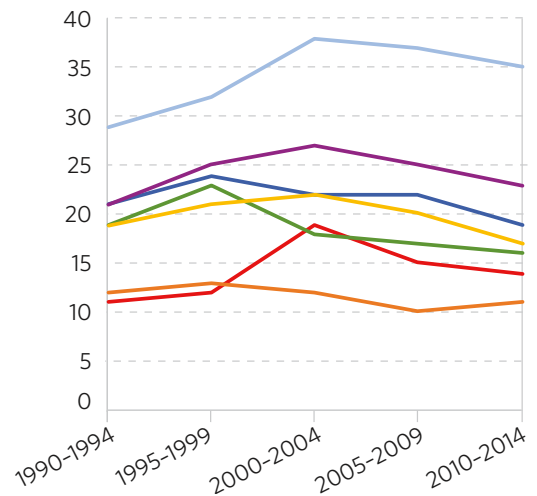
Taux d'avortement pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans entre 1990 et 2014



Source : Sedgh et al. (2016a)

FIGURE 39

Pourcentage de naissances non désirées entre 1990 et 2014



Source : Bearak et al. (2018)

L'un des facteurs plus probables de la faible fécondité observée dans certains pays développés est l'infertilité secondaire, c'est-à-dire l'incapacité pour une femme ayant déjà eu un enfant de retomber enceinte ou de mener à terme une nouvelle grossesse (Mascarenhas *et al.*, 2012). En 2010, l'infertilité secondaire aurait touché 7 pour cent des couples dans les pays à revenu élevé, et 18 pour cent en Europe centrale et orientale et en Asie centrale. Les taux relativement élevés d'infertilité secondaire enregistrés dans ces régions s'expliquent par des taux d'avortement plus importants et par une incidence accrue des avortements non médicalisés, des méthodes d'avortement invasives et des infections survenant après un avortement (Hodorogea et Comendant, 2010).

Aux États-Unis, des enquêtes répétées indiquent une baisse légère mais continue de la stérilité chez les femmes mariées en âge de procréer (Chandra *et al.*, 2013). Dans la mesure où les couples continuent de faire des enfants plus tardivement, l'incidence de la stérilité devrait augmenter. En Europe, le report de l'âge de la maternité a contribué à accroître l'infécondité involontaire, qui a presque doublé entre 1970 et 2007 dans les six pays étudiés par te Velde *et al.* (2012).

Droits reproductifs

L'exercice du droit à décider librement et en toute responsabilité du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances ne dépend pas uniquement de l'accès à la contraception ou à



© Giacomo Pirozzi

un traitement approprié de la stérilité. Le choix du nombre d'enfants se fait également en fonction des possibilités de logement, de la situation économique des ménages et du coût lié à l'éducation d'un enfant.

Les décisions en matière de reproduction peuvent également être influencées ou contraintes par des obstacles sociaux, institutionnels ou juridiques tels que la stigmatisation des familles monoparentales, la discrimination à l'égard des enfants issus de parents non mariés ou de même sexe, la légalité de l'avortement et la disponibilité de techniques d'aide à la procréation.

Le degré de légalité de l'avortement diffère d'un pays à l'autre. Environ huit pays développés sur dix autorisent l'avortement sur demande ou pour des motifs d'ordre économique et social, définis en des termes larges, au cours du premier trimestre (Organisation des Nations Unies, 2013).

Les demandes d'aide à la procréation telles que la fécondation *in vitro* ont augmenté dans les pays développés où les femmes choisissent d'avoir des enfants plus tardivement. L'accès à ces techniques élargit les possibilités de choix offertes aux couples en matière de reproduction et leur permet ainsi d'exercer leurs droits reproductifs. Il s'agit là d'une contribution mineure mais croissante à la fécondité. En 2013, les techniques de procréation assistée représentaient 2,2 pour cent de l'ensemble des naissances en Europe, un chiffre particulièrement élevé en Tchéquie, au Danemark, en Finlande et en Slovaquie où il atteignait 6,2 pour cent.

Fécondité et niveaux élevés de développement humain et économique

En général, lorsque les pays pauvres parviennent à un niveau élevé de développement humain, leur fécondité diminue. La progression sur la voie du développement humain peut s'accompagner d'une chute sensible de la fécondité, bien en deçà du seuil de remplacement.

Toutefois, certains pays ayant une fécondité très faible ont vu cette dernière remonter à des niveaux modérément bas, tandis que d'autres pays dont la fécondité était en baisse ont vu leur fécondité se stabiliser avant d'atteindre des niveaux très faibles. Ces pays présentent plusieurs points communs : ils sont parvenus aux niveaux les plus élevés de développement humain et de PIB par habitant. En outre, ils ont accompli davantage de progrès en faveur de l'égalité des sexes. Ce sont également des pays où l'on se marie moins et plus tardivement. La plupart d'entre eux ont un marché du travail qui fonctionne bien et offrent aux jeunes adultes des possibilités d'emploi et de logement (Myrskylä *et al.*, 2009 ; Luci-Greulich et Thévenon, 2014 ; Arpino *et al.*, 2015 ; Goldscheider *et al.*, 2015 ; Billari, 2018).

De nombreux pays dont le taux de fécondité est proche du seuil de remplacement disposent de politiques et de services d'envergure favorables à la famille, comme des dispositifs de garde d'enfant de qualité financés par l'État. Ces politiques ne sont ni contraignantes ni spécifiquement destinées à stimuler la croissance démographique. Elles répondent plutôt aux besoins réels des familles et des enfants, et respectent ou renforcent les droits, y compris en matière de reproduction.

Les expériences des pays où la fécondité est modérément faible montrent que ces politiques sont à la fois plus efficaces et plus utiles lorsqu'elles offrent aux parents divers types d'appui et élargissent les possibilités disponibles pour concilier vie professionnelle, loisirs et éducation des enfants.

Il n'existe aucun pays dans le monde où les individus et les couples sont pleinement en mesure de décider librement et en toute responsabilité du nombre d'enfants, de la survenue des grossesses et de l'espacement des naissances. Pas même les pays où le taux de fécondité est inférieur au seuil de remplacement. Généralement, dans ces pays, de nombreux couples et individus ne peuvent pas avoir le nombre d'enfants qu'ils désirent en raison d'obstacles sociaux, économiques, institutionnels et structurels.

Taux global de fécondité et descendance finale par cohorte

Le taux global de fécondité correspond au nombre de naissances survenant à différents âges au cours d'une année civile. Il est calculé pour une année civile en additionnant les taux de fécondité par âge de chaque génération de femmes ayant entre 15 et 49 ans.

Dans la mesure où il agrège les taux de fécondité observés pour chaque génération au cours d'une année donnée, le taux global de fécondité mesure le nombre moyen d'enfants qu'auraient les femmes d'une population tout au long de leur vie si elles avaient pour taux de fécondité ceux observés à chaque âge cette année-là.

Le taux global de fécondité offre l'avantage de pouvoir être calculé dès que les agences de statistique ont publié le nombre de naissances survenues dans chaque génération au cours d'une année civile. Il s'agit d'une mesure instantanée. Il présente cependant l'inconvénient de ne pas se fonder sur les taux d'un groupe réel de femmes tout au long de leur vie. Par exemple, les femmes âgées de 18 ans en 2005 auront 19 ans en 2006, 20 ans en 2007, et ainsi de suite. Les taux d'un groupe réel de femmes sont donc propagés sur plusieurs années.

Si les taux de fécondité par âge sont connus sur plusieurs années, il est possible de les additionner tout au long de la vie réelle d'un groupe de femmes donné. Par exemple, le taux de fécondité des femmes âgées de 18 ans en 2005 serait ajouté à celui des femmes âgées de 19 ans en 2006, de 20 ans en 2007, et ainsi de suite, jusqu'à ce que le groupe atteigne l'âge

de 50 ans. Le résultat ainsi obtenu s'appelle la descendance finale. Comme le taux global de fécondité, la descendance finale mesure le nombre moyen d'enfants mis au monde par une génération de femmes tout au long de leur vie, mais en se fondant sur la durée de vie réelle de ces dernières.

La descendance finale présente l'inconvénient de ne pouvoir être calculée tant que le groupe de femmes étudié n'a pas atteint la fin de sa vie féconde. Bien qu'elle permette de mesurer plus précisément la fécondité réelle que le taux global de fécondité, la descendance finale n'est pas une mesure instantanée. Elle ne nous donne aucun renseignement sur le comportement reproductif des jeunes femmes au cours des dernières années.

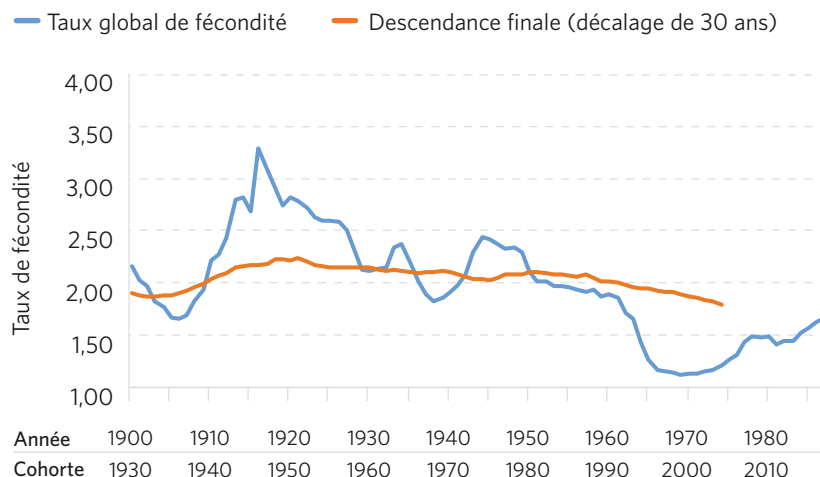
Lorsque la fécondité est élevée, les variations du taux global de fécondité (presque toujours à la baisse) offrent un aperçu relativement fiable et actualisé de la tendance de la fécondité.

C'est pourquoi le taux global de fécondité a été utilisé dans les chapitres précédents du présent rapport.

En revanche, lorsque la fécondité est basse, une évolution de l'âge de survenue des naissances ou un choc tel qu'une récession économique peuvent se répercuter fortement sur le nombre annuel de naissances, et donc sur le taux global de fécondité. C'est ce que montre le graphique ci-dessous, qui fait apparaître des variations très importantes au niveau du taux global de fécondité de la Tchéquie, mais des fluctuations seulement modérées au niveau de la descendance finale.

Ainsi, dans les contextes à faible fécondité, il convient de garder à l'esprit que l'image donnée par l'évolution du taux global de fécondité peut être trompeuse et, dans la mesure du possible, d'examiner également celle de la descendance finale.

Évolution à long terme du taux global de fécondité (1930-2015) et de la descendance finale (femmes nées entre 1900 et 1974) en Tchéquie





**Des politiques de congé parental
permettent aux parents d'avoir
plus facilement le nombre
d'enfants qu'ils souhaitent.**

GROS PLAN SUR LA **SUÈDE**

© UNFPA/Melker Dahlstrand

*« En Suède, les parents
n'ont pas à choisir entre leur
carrière et leur famille. »*

Hans Linde, RFSU

Andreas Åsander embrasse sa femme Elin qui part travailler. Une fois qu'elle a passé la porte, il couvre chaudement leur fille de 11 mois, Edda, prend par la main leur fille de 4 ans, Lo, puis quitte lui aussi la maison.

Il s'arrête d'abord déposer Lo à la maternelle, puis promène Edda dans un parc proche de leur maison située dans la banlieue de Stockholm. Ils passent par un parcours sportif de plein air. À 9 heures, Andreas et Edda sont de retour à la maison.

« La politique de la Suède en matière de congé parental est bénéfique pour les droits reproductifs comme pour l'économie. »

Hans Linde, RFSU

Avec un peu de chance, Andreas aura le temps de boire une tasse de café avant qu'Edda ne se réveille et lui réclame avec insistance quelques minutes de jeu avant sa collation du matin.

« Un jour normal, on fait ce que l'on fait habituellement avec un enfant déclare Andreas. On joue, on lit un livre, on mange. Quand Edda dort, j'essaie de faire quelques tâches ménagères, comme la lessive ou le ménage. Et parfois il nous reste assez de temps pour rejoindre des amis qui sont aussi en congé parental. »

Lorsqu'Andreas a rencontré Elin, cette dernière avait déjà un fils, John, en quatrième année à l'école primaire située de l'autre côté de la rue. Le couple a décidé rapidement d'avoir des enfants.




En Suède, le système de sécurité sociale soutient et encourage le partage des responsabilités parentales. Le congé parental est de 480 jours au total : 90 pour chacun des parents et 300 à partager entre les parents, dont 30 jours pouvant être pris en commun afin de permettre aux deux parents de rester à la maison. Un parent reçoit jusqu'à 110 dollars par jour pendant les 390 premiers jours, puis ce montant diminue jusqu'à la fin du congé.

Elin s'est occupée d'Edda pendant les quatre premiers mois. Depuis, c'est Andreas qui s'en charge les mardis, jeudis et une demi-journée le mercredi. Elin reste à la maison pendant les deux jours et demi restants de la semaine. « En Suède, les parents n'ont pas à choisir entre leur carrière et leur famille, déclare Hans Linde, président de l'Association suédoise

pour l'éducation à la sexualité (RFSU). Le système de congé parental constitue une base solide en faveur de l'égalité », ajoute-t-il.

« Cette organisation nous laisse à tous les deux plus d'énergie pour travailler et nous occuper d'Edda », poursuit Andreas.

Selon Hans Linde, de la RFSU, « la politique de la Suède en matière de congé parental est bénéfique pour les droits reproductifs comme pour l'économie ». En respectant les droits reproductifs, la Suède est parvenue à se doter de « l'une des économies du bien-être les plus fortes au monde », ajoute-t-il enfin.



**Un total de 480 jours
de congé parental
est accordé.**

Tout le monde a le droit de choisir

La fécondité est une question importante. Elle reflète à la fois le lieu où l'on se trouve et celui d'où l'on vient, ainsi que les possibilités et les contraintes de chaque individu. Elle définit nos aspirations futures, d'abord par son retentissement profond sur l'individu, puis par ses répercussions sur la société.



© JGI/Jamie Gril/Getty Images

Parmi les écarts importants qui existent aujourd'hui entre les taux de fécondité élevés et faibles, à la fois au sein des pays et entre eux, les enjeux et les facteurs liés à la fécondité diffèrent très fortement. Ce que tous les pays ont en commun, en revanche, c'est l'influence décisive qu'exerce le niveau de capacité des couples et des individus à jouir de leurs droits reproductifs sur le nombre d'enfants qu'ils auront et sur le degré d'adéquation de leur fécondité avec la vie reproductive qu'ils désirent.

Il y a cinquante ans, lors de la Conférence sur les droits de l'homme qui s'est tenue en 1968 à Téhéran,

les gouvernements ont consacré le droit de décider librement et en toute responsabilité du nombre de ses enfants. Ils ont fermement réaffirmé ce droit en 1994 à l'occasion de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Programme d'action de la conférence affirme que tout couple et tout individu a le droit d'accéder aux informations et aux moyens nécessaires pour décider du nombre de ses enfants ainsi que de l'espacement et du moment de leur naissance, sans discrimination, coercition ni violence. En 2015, le Programme de développement durable à

l'horizon 2030 a fait des droits reproductifs une cible explicite de l'un des 17 objectifs de développement durable et une composante indispensable à la réalisation de tous les autres.

De nombreux progrès ont été accomplis en ce qui concerne le respect des droits reproductifs. Pourtant, aucun pays ne peut aujourd'hui prétendre que l'ensemble de sa population jouit de ces droits en toute circonstance. Presque partout dans le monde, il existe des conditions sociales, institutionnelles et économiques qui empêchent encore certaines personnes d'accéder aux moyens nécessaires pour décider de façon libre et responsable du nombre d'enfants qu'elles désirent ou du moment où elles souhaitent les avoir. Cette situation vaut aussi bien pour les pays dont la fécondité est élevée que pour ceux où elle est faible, et perdure malgré l'urgence croissante que suscitent des questions telles que celle de savoir comment la fécondité peut fragiliser une économie ou, au contraire, la stimuler, et comment elle peut déterminer les ressources nécessaires aux services sociaux essentiels. Ces questions font écho aux préoccupations de nombreuses personnes dont les droits et les choix en matière de reproduction sont limités par des problèmes de logement, d'emploi ou de garde d'enfants.

Les politiques publiques et les objectifs individuels doivent être en meilleure adéquation. Les individus

doivent disposer des connaissances et des outils nécessaires pour leur permettre de décider si, quand ou à quelle fréquence ils souhaitent avoir des enfants. Les gouvernements soucieux de leur niveau de fécondité, qu'il soit élevé ou faible, ont besoin de politiques qui renforcent les droits des personnes à prendre leurs propres décisions concernant la survenue des grossesses et l'espacement des naissances. La mise en adéquation des objectifs individuels et gouvernementaux, dans le respect des droits de l'homme, peut être un puissant moteur de développement économique et social.

Ce que doivent faire tous les pays

Chaque pays doit déterminer les services et les ressources à combiner afin de garantir le respect des droits reproductifs pour tous les citoyens, en veillant à ne laisser personne de côté, et d'éliminer les obstacles sociaux, économiques, institutionnels et géographiques qui empêchent les couples et les individus de décider de façon libre et responsable du nombre de leurs enfants et du moment de leur naissance. Certaines mesures peuvent être plus adaptées à certains pays selon leur taux de fertilité. Toutefois, quelques problématiques sont communes à tous les pays, reflétant les domaines qui constituent le fondement des droits reproductifs mais dans lesquels subsistent d'importantes lacunes.



Honorer les engagements pris en faveur des droits reproductifs

Les 179 gouvernements représentés lors de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 ont approuvé la notion de droits reproductifs, en particulier le droit de chacun à prendre ses propres décisions librement et en toute responsabilité concernant le nombre d'enfants souhaité et la survenue des grossesses. Chaque personne peut prétendre à ces droits. Pourtant, l'universalité n'est pas encore atteinte dans ce domaine.

Afin de combler ces lacunes, les pays doivent commencer par se demander si leurs politiques démographiques renforcent les droits reproductifs et donnent aux individus les moyens de réaliser leurs désirs en matière de procréation ou, au contraire, si elles diminuent leurs capacités à décider du nombre d'enfants souhaité. Les politiques doivent être repensées ou réalignées sur les besoins réels des personnes afin de leur permettre d'avoir le nombre d'enfants désiré au moment voulu. Cette démarche exige la prise en compte des divers facteurs transversaux qui influencent les droits reproductifs et la fécondité, notamment l'éducation, l'emploi, le logement et la sécurité alimentaire. Par exemple, le Bangladesh a atteint ses objectifs de fécondité à un rythme exceptionnellement rapide, en adoptant une approche globale du développement national fondée sur le développement humain et qui s'attache à offrir à la population une combinaison équilibrée de moyens en matière de santé, d'éducation et de revenus.

Une des premières mesures que peuvent prendre les pays consiste à soumettre les droits reproductifs à des « contrôles » réguliers à l'échelle nationale afin d'évaluer si les lois, les politiques, les budgets, les services, les campagnes de sensibilisation et les autres activités menées dans ce domaine sont conformes aux droits établis en matière de procréation, tels que les a définis la Conférence internationale sur la population et le développement. Afin que ces contrôles soient pleinement éclairés et fondés sur les droits, il convient de recueillir des avis auprès des spécialistes et du grand public. En général, il est nécessaire d'améliorer les méthodes d'évaluation des lacunes en matière de droits reproductifs afin de couvrir les facteurs sanitaires, sociaux, économiques et institutionnels.

Parvenir à zéro besoin non satisfait

Les femmes dont le besoin de contraception moderne n'est pas satisfait sont à l'origine de plus quatre grossesses non désirées sur cinq dans les pays en développement (Guttmacher Institute, 2017). Toutefois, la non-satisfaction de ce besoin n'est pas spécifique aux pays en développement. Elle s'observe presque partout dans le monde, même dans les pays dont la fécondité est basse. À l'échelle mondiale, si les femmes les plus aisées, qui vivent en milieu urbain et possèdent un niveau d'éducation plus élevé ont en général pleinement accès à l'éventail des méthodes contraceptives disponibles, il n'en va pas de même pour leurs homologues plus pauvres, issues de milieu rural et moins éduquées. Dans certains pays où la fécondité est faible et où les revenus sont plus élevés, les services d'avortement médicalisé sont facilement accessibles ou gratuits alors que certains types de contraception ne le sont pas. Les programmes de planification familiale gérés et financés par l'État qui visent à parvenir à zéro besoin non satisfait en services de planification familiale d'ici à 2030 peuvent aider les pays à atteindre les objectifs de développement durable.

Donner la priorité à la santé reproductive dans les systèmes de soins

Dans de nombreux pays, les services de santé reproductive ne reçoivent pas encore l'attention – ou les financements – qu'ils méritent, et ce malgré leur influence sur un ensemble de droits fondamentaux et d'objectifs de développement allant de la réduction de la pauvreté à la participation au monde du travail. Ces services doivent être considérés comme faisant partie intégrante des soins de santé primaires, au même titre que la vaccination et les autres services essentiels pour vivre en bonne santé. Ils doivent être complets, de qualité, accessibles à tous et fondés sur l'objectif de donner aux individus les moyens de prendre leurs propres décisions. En outre, lors des consultations de médecine générale, il convient de demander systématiquement aux personnes en âge de procréer si elles ont autant d'enfants qu'elles le souhaitent, en leur donnant des informations ou en les orientant lorsqu'elles ne sont pas satisfaites des solutions utilisées.

Des mécanismes de responsabilité reposant sur des données fiables doivent être mis en place. Ils doivent être axés sur la pleine réalisation des droits dans la pratique, laquelle se définit par le fait que les usagers des services de santé se sentent en mesure d'avoir le nombre d'enfants qu'ils désirent.

Offrir une éducation complète à la sexualité qui soit universelle

Des connaissances sont nécessaires pour permettre à chacun d'exercer ses droits reproductifs et de décider si, quand ou à quelle fréquence avoir des enfants. Celles-ci doivent être inculquées aux jeunes avant leur entrée dans la vie sexuelle. Tous les programmes scolaires doivent donc inclure une éducation complète à la sexualité adaptée à l'âge et progressive portant sur les droits, les relations et la santé sexuelle et reproductive, qui constituent le socle des connaissances à acquérir. Les programmes les plus efficaces sont ceux qui abordent non seulement les aspects élémentaires de la procréation mais également l'égalité des sexes, et qui permettent aux filles et aux garçons d'acquérir la confiance et les compétences nécessaires pour faire leurs propres choix.

Agir pour réaliser l'égalité des sexes sur tous les fronts

Les lacunes dans le domaine des droits des femmes sont étroitement liées aux insuffisances en matière de droits reproductifs ; il est impossible de combler les premières sans remédier à ces dernières. Par exemple, la discrimination sexiste peut avoir une influence négative sur les systèmes de santé, empêchant ainsi les femmes d'accéder aux services dont elles ont besoin afin de choisir elles-mêmes leur contraception. Lorsque les femmes ne participent à la prise des décisions au sein du ménage ou subissent des violences sexistes, elles peuvent être moins à même de maîtriser leur fécondité.

Idéalement, l'égalité des sexes doit faire partie intégrante de toutes les politiques et pratiques à l'échelle nationale, et constituer un principe directeur au centre de tous les systèmes de santé. Une budgétisation tenant compte de la problématique femmes-hommes, qui vise à sélectionner les politiques destinées à mobiliser ou à affecter les ressources publiques en

fonction de leur contribution à l'égalité des sexes, peut constituer un outil important pour accélérer les progrès dans ce domaine. Dans le cadre de tous les efforts déployés pour promouvoir l'égalité des sexes, il convient d'accorder une attention particulière aux recoupements qui peuvent exister entre les questions sexospécifiques et les autres formes de discrimination et d'exclusion liées à l'âge, au handicap, au lieu de résidence, à l'origine ethnique, etc. Ainsi, une fille issue d'un milieu rural a deux fois plus de risques d'être mariée dans son enfance qu'une fille vivant en milieu urbain.

Il est essentiel d'agir sur les normes sociales afin de modifier certains des facteurs les plus persistants de l'inégalité des sexes. Bien que les femmes, à l'échelle mondiale, connaissent de mieux en mieux leurs droits et soient plus à même de les défendre, les attitudes des hommes à leur égard demeurent des obstacles majeurs. Cette situation se reflète clairement dans la part disproportionnée du travail domestique non rémunéré assumé par les femmes, et ce partout dans le monde, tandis que les hommes ne parviennent toujours pas à s'en charger à part égale, même dans les pays où des progrès importants ont été accomplis en faveur de l'égalité des sexes. En conséquence, certaines femmes ont moins d'enfants qu'elles ne le désirent. À l'inverse, pour celles qui ont plus d'enfants qu'elles ne le souhaitent, les obligations domestiques peuvent devenir un obstacle insurmontable aux autres activités telles qu'un emploi rémunéré ou la participation à la vie de la communauté.

Ce que doivent faire les pays à forte fécondité

En général, les pays ayant un fort taux de fécondité sont également confrontés à des taux de pauvreté importants et à des services saturés, en particulier dans les zones rurales. Bien que certaines personnes, notamment les jeunes urbains, choisissent d'avoir moins d'enfants, la pleine réalisation des droits reproductifs dans ces pays impliquerait que chacun puisse faire des choix éclairés. La non-satisfaction du besoin de contraception est généralement importante dans ces pays, ce qui suggère que des obstacles fondamentaux entravent l'accès des



© Abbie Trayler-Smith/Panos Pictures

couples à l'un des outils de base leur permettant de réaliser leurs objectifs en matière de procréation.

Étendre la portée des services de santé reproductive et améliorer leur qualité

Une des premières mesures à prendre en vue de réaliser les droits reproductifs et de permettre à chacun d'avoir le nombre d'enfants souhaité consiste à étendre les services de santé reproductive à ceux qui sont le plus souvent laissés pour compte. Dans les pays où la fécondité est élevée, il s'agit souvent des habitants pauvres des zones rurales. Ces services, qu'ils soient dispensés dans des centres de santé ou par des agents communautaires, peuvent être conçus à partir de modèles intégrés offrant des produits de planification familiale et des messages encourageant la transformation des normes sociales, en particulier celles qui entravent le recours à la contraception et qui limitent l'autonomisation des femmes. Ces services peuvent également constituer un point d'accès aux premiers niveaux de soutien et d'orientation en cas de violence sexiste.

Les systèmes de santé doivent garantir à toutes les femmes, qu'elles habitent les villes ou les campagnes, un accès égal à l'éventail complet des solutions de contraception disponibles ainsi qu'aux autres services

essentiels tels que la protection contre les infections sexuellement transmissibles et leur traitement. Les préservatifs étant aujourd'hui la méthode contraceptive la plus couramment utilisée par les célibataires, il est possible d'en faire davantage pour créer des liens entre les programmes de planification familiale et les programmes de lutte contre le VIH. Du point de vue des droits fondamentaux, et compte tenu du fait que la forte mortalité infantile et juvénile contribue à des taux de fécondité élevés, il convient d'améliorer les programmes de santé maternelle et infantile inefficaces en les associant à des programmes de nutrition, de sécurité alimentaire et d'autonomisation des femmes. Les autres priorités consistent à renforcer les systèmes d'information sanitaire, notamment en mettant en évidence les disparités en matière de qualité et d'accessibilité des services, et à investir dans les capacités des agents de santé, en particulier des cadres de niveau intermédiaire tels que les sages-femmes.

Veiller à ce que chacun connaisse ses droits en matière de reproduction et sache les exercer

Conjuguées au manque de services de planification familiale, les normes sociales jouent un rôle majeur dans le maintien de taux de fécondité élevés. Aucune réalisation des droits reproductifs ne sera possible

sans une remise en question des normes sociales qui empêchent la prise de décisions éclairées concernant le nombre et l'espacement des naissances.

Les campagnes visant à faire changer les comportements sont un des moyens de transformer les normes. Elles doivent atteindre les zones rurales, en particulier celles où l'information est plus limitée, et se fonder sur les principes de l'autonomisation et des droits fondamentaux. Par exemple, cela signifie qu'il ne s'agit pas seulement d'expliquer aux gens comment utiliser les contraceptifs, mais également de les amener à réfléchir, à l'aide d'hypothèses, au nombre d'enfants souhaité, aux implications pour leur bien-être futur, ainsi qu'au processus qui associe les hommes et les femmes aux prises de décisions au sein du ménage.

Mettre fin au mariage des enfants

Le mariage précoce constitue une violation des droits de l'homme qui entraîne généralement la privation d'autres droits, y compris en matière de reproduction. La protection contre le mariage des enfants doit être inscrite dans la loi et respectée dans la pratique. Dans les pays où le mariage des enfants est répandu, il convient en outre de déployer des efforts systématiques afin de remettre en question les croyances profondément ancrées concernant le rôle et le caractère licite de cette pratique.

Les personnalités influentes de la société et les décideurs tels que les chefs traditionnels et les parlementaires peuvent faire entendre leur voix pour inciter la population à adopter une « nouvelle norme ». Lorsqu'elle met l'accent sur les effets néfastes d'une grossesse précoce, associée à la plupart des mariages d'enfants, la sensibilisation peut permettre de lutter efficacement contre cette pratique. L'éducation de qualité constitue également un appui, car elle permet de maintenir les filles à l'école et leur offre la possibilité de connaître leurs droits, de demander de l'aide lorsqu'elles sont exposées à un risque, et d'acquérir les compétences nécessaires pour faire des choix éclairés tout au long de leur vie.

Donner la priorité à l'emploi des femmes vivant en milieu rural

Partout dans le monde, l'entrée dans l'économie moderne est synonyme, pour les femmes, de revenus, d'information et de nouveaux modes de pensée, et



©Simon Straetker/Ascent Xmedia/Getty Images

leur offre la possibilité de poursuivre leur vie en dehors de la maison. Elle constitue également un facteur déclencheur majeur de la baisse de fécondité. Dans les pays où la fécondité est élevée, les femmes vivant en milieu rural sont celles qui ont le moins accès aux emplois de qualité ou aux moyens de subsistance durables. Dans bien des cas, les politiques en matière d'éducation, d'agriculture et d'emploi pourraient appuyer davantage la cause de ces femmes. La plupart de ces politiques ne tiennent toujours pas compte de la problématique femmes-hommes, ce qui signifie qu'en pratique elles bénéficient surtout aux hommes. Ainsi, alors que les femmes contribuent pour une part non négligeable au secteur de l'agriculture, les services de vulgarisation agricole s'adressent en général principalement aux agriculteurs.

L'autonomisation économique des femmes vivant en milieu rural passe dans une large mesure par l'égalité des droits fonciers et patrimoniaux et par un accès équitable aux moyens financiers et technologiques. Les mesures destinées à accroître le nombre de femmes rurales dans les programmes de formation professionnelle et à favoriser leur accès à un niveau d'études supérieur peuvent également constituer des priorités. Le fait d'accorder aux femmes une place dans la gouvernance locale leur permet d'exercer leur

droit de participer à la vie de la collectivité et peut leur donner la possibilité de peser sur les programmes locaux afin que ces derniers englobent les services dont elles ont besoin. L'autonomisation, en renforçant la sensibilisation et la confiance, peut encourager les femmes à devenir des modèles pour leur communauté et des actrices de la transformation des normes sociales, notamment en ce qui concerne les questions liées à la fécondité et à la planification familiale.

Affecter prioritairement les ressources aux soins de santé reproductive

La santé reproductive est encore négligée dans de nombreux budgets nationaux de santé, et ce pour diverses raisons. Les pays les plus pauvres dépendent toujours des financements octroyés par les donateurs internationaux, lesquels accordent moins d'attention aux services de santé reproductive, y compris de planification familiale, depuis quelques années. Compte tenu de l'ampleur des effets de la fécondité, et conformément aux engagements pris en faveur des droits reproductifs et de la qualité des partenariats de développement, les financements intérieurs et extérieurs de la santé doivent être affectés en priorité aux soins de santé reproductive.

Ce que doivent faire les pays à fécondité moyenne

Bien que les pays ayant un taux de fécondité supérieur à deux mais inférieur à quatre naissances par femme diffèrent par leur niveau de développement global, la connaissance et l'accessibilité des services et des informations en matière de santé reproductive y sont généralement meilleures, et la population dans son ensemble peut entrevoir un avenir où le bien-être, qu'il soit défini par le niveau de revenu ou par la qualité de l'éducation, est lié aux choix faits en matière de fécondité. Certains de ces pays sont confrontés à des problématiques simultanées qui créent une forte demande sur le plan socioéconomique : fécondité élevée dans certains groupes ou communautés mais faible dans d'autres, insertion insuffisante des jeunes sur le marché du travail rémunéré, et vieillissement particulièrement rapide de la population.

Comblent les disparités entre les services de santé reproductive

De nombreux pays ayant une fécondité moyenne sont parvenus à étendre leur système de soins de santé, généralement au-delà du niveau atteint dans les pays où la fécondité est élevée. Lorsque la fécondité se situe à un niveau moyen, il peut sembler moins urgent d'augmenter ou d'abaisser le taux de fécondité à l'échelle nationale. Or, si l'on s'en tient à ce seul chiffre, le risque est de passer à côté des disparités persistantes qu'il reste à combler dans le domaine des droits reproductifs, conformément à l'engagement pris en faveur de l'universalité. Ces écarts peuvent par exemple se refléter dans des taux élevés de grossesses non désirées et dans des besoins de contraception non satisfaits.

Les régions isolées, les groupes de minorités ethniques, les jeunes, les personnes non mariées et les personnes pauvres vivant en milieu rural et urbain font partie des groupes de population laissés pour compte en matière d'accès à l'éventail complet des méthodes de contraception disponibles ainsi qu'aux services et aux connaissances nécessaires dans ce domaine. Les services doivent non seulement être physiquement accessibles à ces groupes, mais ils doivent en outre être adaptés à leurs besoins, par exemple au moyen d'informations diffusées de façon appropriée sur la planification familiale. Il est possible de faire davantage pour offrir une gamme complète de solutions de planification familiale et mettre en place ou élargir les services d'aide à la procréation.

Compte tenu des taux élevés de grossesses inopportunes et non désirées observés dans certains de ces pays, les modèles de service et les mesures destinées à évaluer leur efficacité doivent garantir que les droits acquis en théorie le sont également dans la pratique. En effet, il se peut par exemple que le partenaire d'une femme empêche cette dernière d'exercer son droit de recourir à la contraception afin de décider elle-même du moment et de l'espacement de ses grossesses. Il est également possible de renforcer les liens entre les programmes de planification familiale, les initiatives destinées à prévenir et à combattre la violence sexiste et l'autonomisation économique des femmes. Il peut simplement s'agir de mettre en place des systèmes de

dépistage et d'orientation de sorte que, lorsqu'une femme sollicite des services de planification familiale, des processus permettent de recenser ses autres besoins et de l'orienter vers des ressources complémentaires.

Redoubler d'efforts pour atteindre les jeunes et les adolescents, en particulier ceux qui ne sont pas mariés

Un certain nombre de pays à fécondité moyenne se caractérisent par une population importante de jeunes et d'adolescents, héritage d'un passé récent de forte fécondité. Pourtant, la réponse aux besoins des jeunes en matière de santé reproductive tarde à venir, alors même que ces derniers généreront un fort élan démographique en ayant à leur tour des enfants. Les hypothèses suivantes font obstacle aux services : les services fournis peuvent être les mêmes pour tous, les adolescents sont trop jeunes pour avoir une vie sexuelle et, les jeunes non mariés ne devraient pas avoir accès à la contraception.

Dans une certaine mesure, les jeunes eux-mêmes, qui ont accès à une multitude d'informations grâce aux technologies, choisissent d'avoir moins d'enfants. Mais il leur faut un appui plus systématique et de meilleure qualité, ce qui passe par une éducation complète à la sexualité et par des services et des informations adaptés aux jeunes en matière de santé reproductive. Les services qui n'établissent aucune distinction entre les jeunes et les adolescents mariés et non mariés auront une portée encore plus grande. Dans tous les cas, les prestataires de services doivent faire preuve de respect à l'égard des jeunes et tenir compte de leurs droits et de leur autonomisation, notamment concernant les filles.

L'adolescence est une période de développement cérébral qui ne trouve son équivalent que dans la petite enfance ; elle est essentielle pour acquérir les comportements qui aideront à faire des choix éclairés tout au long de la vie en matière de santé reproductive et de fécondité. De la même façon, c'est à ce moment que de nombreux jeunes voient leur vie bouleversée à tout jamais par un mariage précoce ou une grossesse non désirée, deux événements qui peuvent être considérés comme des issues

inévitables pour les filles dont l'horizon est limité par un système éducatif défectueux et un marché de l'emploi anémique. Dans ces cas, il convient de relier les politiques de santé reproductive aux politiques destinées à faciliter le passage à l'âge adulte, notamment par l'insertion sur le marché du travail.

Accroître les possibilités d'emploi des femmes ainsi que leur participation au marché du travail

Un certain nombre de pays à fécondité moyenne présentent un faible taux de participation des femmes au marché du travail, et ce même lorsque la parité augmente en ce qui concerne le niveau d'études. Cette situation reflète les conceptions discriminatoires qui maintiennent les femmes à l'écart du marché du travail rémunéré, les cantonnent dans des emplois de mauvaise qualité ou compromettent leur capacité à exercer une activité professionnelle en raison de la part disproportionnée du travail domestique non rémunéré qui leur incombe. Nombre d'entre elles sont confrontées au manque de services, en particulier de garde d'enfants, qui permettraient de concilier plus efficacement les obligations familiales et les responsabilités professionnelles. Cette situation peut notamment avoir les conséquences suivantes : forte proportion de femmes et d'enfants ayant peu de chances de sortir de la pauvreté, altération de la solidité globale des économies émergentes, et pertes sur les investissements réalisés aux niveaux individuel et social en faveur de l'éducation. Fait tout aussi important, les femmes sont privées de leurs capacités et de leurs droits à planifier leur famille, car elles ont moins accès à l'information et sont dépendantes des revenus de leur conjoint.

Il convient d'instaurer des politiques spécifiques afin de réduire les écarts de salaire entre les femmes et les hommes, et de sortir des schémas qui orientent encore trop souvent les femmes vers des emplois de mauvaise qualité. Les lois discriminatoires telles que celles interdisant aux femmes certains emplois ou prévoyant un âge inférieur de départ à la retraite doivent être abrogées. Tous ces pays pourraient envisager de proposer des services de garde et des congés de maternité et de paternité qui soient accessibles à tous, y compris aux personnes travaillant dans le secteur informel ou exerçant un emploi indépendant.

Les politiques d'emploi tenant compte de la problématique femmes-hommes pourraient contribuer davantage à dynamiser la participation des femmes au marché du travail. Les programmes de placement professionnel, les stages, l'apprentissage et la formation professionnelle pourraient toucher davantage de femmes et les encourager à exercer des professions qui sortent des rôles traditionnellement attribués à chaque sexe. Dans le cadre de la transformation structurelle des économies qui vise à offrir des emplois plus productifs, les femmes doivent bénéficier des mêmes chances de saisir de nouvelles possibilités, y compris dans les domaines de la science et de la technologie.

Compte tenu du nombre élevé de femmes qui quittent certains pays à fécondité moyenne pour trouver du travail, et eu égard aux contributions importantes qu'elles apportent aux économies sous forme d'envois de fonds, la migration doit être un processus sûr non seulement du point de vue des normes de travail, mais également en ce qui concerne l'exercice des droits reproductifs. Il peut par exemple s'agir d'assurer un accès équitable aux services de planification familiale et une protection globale contre les violences sexuelles et sexistes dans les pays de destination, ou de fournir une aide au retour dans le pays d'origine à un âge adapté pour les femmes qui souhaitent fonder une famille.

Établir une approche de la budgétisation et des dépenses qui soit fondée sur les droits

De nombreux pays à fécondité moyenne sont confrontés à des contraintes complexes en matière de financement public des services de santé, et ce en raison d'une réduction de l'aide publique au développement, d'une fiscalité inefficace et/ou de niveaux élevés de service de la dette. Cette situation oblige à établir des priorités qui peuvent conduire à négliger la santé reproductive. Certains pays ont privatisé ces services, entraînant des coûts parfois inabornables pour les personnes pauvres et pour les jeunes qui se trouvent alors privés de leurs droits.

Une approche de la budgétisation fondée sur les droits peut offrir de nouvelles solutions telles que l'augmentation des allocations afin de garantir à tous



© Jasper Cole/Getty Images

un accès à l'éventail complet des moyens de contraception disponibles, et l'ajustement de la politique fiscale en vue de créer des recettes qui permettront de renforcer et d'étendre les services. Afin d'éclairer les débats concernant les mesures à adopter, il peut être intéressant de mieux comprendre le rôle que jouent la fécondité et les droits reproductifs dans la constitution de sociétés stables et en bonne santé, et d'économies prospères qui profitent à tous, au sein des pays et entre eux.

Ce que doivent faire les pays à faible fécondité

Les pays dont la fécondité est faible présentent généralement des niveaux élevés d'éducation formelle et d'égalité entre les sexes, et ont connu des évolutions sociales qui ont abouti à retarder l'âge du mariage, à accroître le taux de divorce et à augmenter le nombre d'enfants nés hors mariage. De nombreuses femmes bâtissent leur carrière avant de fonder une famille et sont indépendantes financièrement. Pourtant, les femmes des pays à faible fécondité déclarent souvent ne pas avoir autant d'enfants qu'elles le souhaiteraient. Les obstacles qui entravent l'exercice de leurs droits reproductifs sont les suivants : difficultés économiques, pénurie de logements, marché de l'emploi incertain et lacunes persistantes en matière d'aide à l'équilibre entre vie familiale et vie professionnelle.

Une faible fécondité signifie que les parents qui ont moins d'enfants peuvent consacrer davantage

de temps et de moyens au bien-être de leurs enfants. Dans le même temps, la population vieillit, entraînant une augmentation des coûts associés, et la main-d'œuvre diminue.

Redoubler d'efforts pour que les droits reproductifs favorisent la fécondité

Certains pays à faible fécondité disposent de services de planification familiale de meilleure qualité qui sont accessibles même aux populations pauvres et qui ont permis aux adolescents d'éviter les grossesses non désirées. Cependant, il est fréquent que ces services ne tiennent pas compte de l'évolution des besoins des femmes et des couples à mesure que la fécondité varie. Certaines des lacunes observées en matière de droits reproductifs concernent les femmes plus âgées qui ont retardé leur grossesse ainsi que le manque d'offre complète de méthodes contraceptives. La fécondation *in vitro* et les autres traitements contre la stérilité qui sont pratiqués conformément aux règles déontologiques et aux normes médicales appropriées peuvent représenter une solution pour certaines femmes. Afin de les rendre accessibles au plus grand nombre, il conviendrait donc de s'attaquer aux questions telles que leur coût prohibitif. Les programmes de planification familiale doivent garantir à toutes les femmes et à tous les couples l'accès à un éventail complet de méthodes contraceptives, afin qu'ils puissent choisir la solution la mieux adaptée à leurs besoins et à leurs préférences.

Accroître l'éventail et la portée des politiques favorables à la famille

Outre la fourniture de tous les services essentiels de santé reproductive, il existe diverses politiques et pratiques associées qui peuvent favoriser l'exercice des droits reproductifs, y compris lorsqu'il s'agit de fonder ou d'agrandir une famille. Celles-ci doivent profiter à tous. Exemples : congé parental rémunéré pour les hommes et pour les femmes, allègements fiscaux destinés aux familles, horaires scolaires adaptés aux heures de travail, flexibilité du temps de travail et logements abordables. Les politiques en matière d'emploi doivent suivre l'évolution rapide du marché du travail, qui se traduit par une

précarité de l'emploi, en assurant par exemple la continuité des prestations de santé et de retraite. Ces politiques doivent être complétées par des initiatives visant à remettre en question et à faire évoluer les normes sexistes concernant le partage du travail domestique et des soins aux enfants, qui constituent toujours un obstacle majeur à la participation des femmes au marché du travail rémunéré.

Élargir l'accès aux services de garde

Dans de nombreux pays, les attentes liées au fait que la responsabilité de l'éducation des enfants devrait principalement incomber aux femmes obligent ces dernières à choisir entre avoir des enfants et exercer une activité rémunérée. Le manque de services de garde, leur absence ou leur coût élevé aggravent le problème. Pour beaucoup de femmes, avoir un enfant signifie quitter le monde du travail ou rester à l'écart de ce dernier plus longtemps qu'elles ne le souhaitent, avec des conséquences sur leurs revenus et sur la productivité.

Il est nécessaire de conjuguer les efforts afin de traiter ce problème. Les services de garde doivent être accessibles à tous, quels que soient les moyens financiers. Ils doivent être reliés aux programmes de développement de la petite enfance, qui offrent aux plus jeunes des bénéfices supplémentaires sur le plan de la socialisation et du développement cérébral et facilitent leur entrée dans l'enseignement primaire. Des campagnes de plaidoyer permettraient de renforcer les nouvelles normes qui émergent en faveur d'un meilleur partage du travail domestique non rémunéré entre les femmes et les hommes.

Atténuer les effets d'un marché du travail instable

Les jeunes des pays à faible fécondité ont de plus en plus de mal à trouver un emploi décent. Ce problème peut s'accroître dans le temps, sous l'effet conjugué de la transformation profonde de l'économie mondiale et de la montée en puissance de l'automatisation. Les emplois qui permettaient aux jeunes diplômés de faire leurs premiers pas dans la vie professionnelle sont moins nombreux, et bon nombre d'emplois manuels ont disparu. Le revenu réel a baissé. Les emplois qui offraient des perspectives à long terme ont été

remplacés par des contrats de courte durée ou des engagements contractuels. Dans certains pays, la culture professionnelle demeure rigide et exigeante, imposant de longues heures de travail. Lorsque le marché de l'emploi est particulièrement inadapté, la population active quitte le pays, ce qui accélère le déclin démographique et les pertes de productivité.

Lorsque les jeunes sont incertains quant à leur bien-être futur, nombre d'entre eux choisissent de retarder leur projet de famille. Bien que les mesures de soutien telles que des services de garde abordables et accessibles ou des horaires de travail flexibles soient indispensables, elles ne permettent pas de compenser la prépondérance des emplois de mauvaise qualité ni l'insuffisance des revenus. Ces difficultés peuvent exiger de mettre davantage l'accent sur la structure de l'économie et sur les emplois qu'elle fournit, en association avec des mesures visant à s'assurer que les jeunes disposent des compétences adaptées pour trouver un emploi décent.

Dans certains pays, le débat politique doit porter sur la nature et la qualité de l'emploi ainsi que sur les inégalités que les emplois de mauvaise qualité contribuent souvent à creuser. Cette démarche doit impliquer les gouvernements, les employeurs du secteur privé, les syndicats, les éducateurs et les autres acteurs du secteur social, et elle doit permettre de créer des possibilités d'emploi à la fois plus équitables

et plus inclusives qui favorisent l'exercice des droits reproductifs et des autres droits fondamentaux. Compte tenu de la facilité de circulation des activités économiques, des personnes et des emplois d'un pays à l'autre, certains aspects de ce débat comportent également une composante régionale et mondiale.

Achever la transition par la réalisation des droits

À travers le monde, la transition historique vers une fécondité plus faible est née de la volonté des individus d'exercer leur droit de contrôler leur fécondité et d'avoir autant d'enfants qu'ils le désirent au moment voulu. Au cours des cinquante dernières années, ce droit a été consacré dans des déclarations, des conventions et des accords de portée internationale.

Pendant, l'écart tout aussi historique observé entre les taux de fécondité montre que les pays n'ont pas été à la hauteur de cet engagement. Partout, il subsiste des obstacles d'ordre social, économique ou institutionnel qui entravent l'exercice des droits reproductifs, et dont le coût pèse sur les personnes et les sociétés. Bien que les difficultés rencontrées diffèrent entre les pays, aucun d'entre eux n'est encore en mesure d'affirmer qu'il les a surmontées. Le bien-être dépend dans une large mesure de la capacité à lever ces obstacles. La transition de la fécondité sera achevée uniquement lorsque chaque individu pourra exercer son droit de choisir.

© Michele Crowe/www.theuniversalfamilies.com



Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Pays,
territoire
ou zone

| Pays, territoire ou zone | Santé sexuelle et reproductive | | | | | | | | | | Pratiques néfastes | | Éducation | | | | | |
|---------------------------------|---|---|--------------------|---|--|---|--------------------------------|---|--|--|--|--|---|--------|--|--|--------|--|
| | Ratio de mortalité maternelle (RMM) : nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes ^a 2015 | Intervalle d'incertitude du RMM (80 %) 2015 | | Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié en % 2006-2017 | Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans 2006-2017 | Taux de prévalence de la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans 2018 | | Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^b 2018 | Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^b 2018 | Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction (%) 2007-2016 | Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en % 2006-2017 | Prévalence des MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans, en % 2004-2017 | Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire, en % | | Indice de parité des sexes dans l'enseignement primaire 2007-2017 | Taux net de scolarisation dans l'enseignement secondaire, en % | | Indice de parité des sexes dans l'enseignement secondaire 2007-2017 |
| | | Estimations basses | Estimations hautes | | | Toutes méthodes ^c | Méthodes modernes ^d | | | | | | Garçons | Filles | | Garçons | Filles | |
| Afghanistan | 396 | 253 | 620 | 51 | 87 | 26 | 23 | 25 | 46 | - | 35 | - | - | - | - | 62 | 36 | 0,58 |
| Afrique du Sud | 138 | 124 | 154 | 97 | 71 | 57 | 56 | 14 | 79 | - | - | - | 90 | 85 | 0,95 | 65 | 65 | 1,01 |
| Albanie | 29 | 16 | 46 | 99 | 20 | 63 | 25 | 14 | 32 | 62 | 10 | - | 96 | 95 | 0,99 | 87 | 85 | 0,98 |
| Algérie | 140 | 82 | 244 | 97 | 12 | 64 | 56 | 10 | 77 | - | 3 | - | 100 | 98 | 0,98 | - | - | - |
| Allemagne | 6 | 5 | 8 | 99 | 8 | 63 | 62 | 11 | 83 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Angola | 477 | 221 | 988 | 50 | 163 | 17 | 15 | 36 | 29 | - | 30 | - | 89 | 66 | 0,75 | 13 | 10 | 0,79 |
| Antigua-et-Barbuda | - | - | - | - | - | 63 | 61 | 14 | 80 | - | - | - | 82 | 81 | 0,99 | 73 | 76 | 1,04 |
| Arabie saoudite | 12 | 7 | 20 | - | 7 | 30 | 24 | 27 | 42 | - | - | - | 99 | 100 | 1,00 | 86 | 84 | 0,97 |
| Argentine | 52 | 44 | 63 | 100 | 65 | 69 | 66 | 11 | 82 | - | - | - | 100 | 100 | 1,00 | 86 | 91 | 1,05 |
| Arménie | 25 | 21 | 31 | 100 | 24 | 58 | 30 | 13 | 43 | 66 | 5 | - | 92 | 93 | 1,01 | 93 | 92 | 0,99 |
| Aruba | - | - | - | - | 35 | - | - | - | - | - | - | - | 99 | 99 | 1,00 | 73 | 81 | 1,10 |
| Australie | 6 | 5 | 7 | 100 | 12 | 66 | 64 | 11 | 83 | - | - | - | 96 | 97 | 1,01 | 93 | 94 | 1,01 |
| Autriche | 4 | 3 | 5 | 98 | 8 | 67 | 64 | 10 | 84 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Azerbaïdjan | 25 | 17 | 35 | 100 | 53 | 58 | 28 | 13 | 39 | - | 11 | - | 96 | 94 | 0,98 | - | - | - |
| Bahamas | 80 | 53 | 124 | - | 32 | 67 | 65 | 12 | 83 | - | - | - | 85 | 92 | 1,08 | 79 | 86 | 1,09 |
| Bahreïn | 15 | 12 | 19 | 100 | 14 | 67 | 48 | 11 | 62 | - | - | - | 97 | 99 | 1,02 | 92 | 94 | 1,02 |
| Bangladesh | 176 | 125 | 280 | 50 | 78 | 64 | 57 | 12 | 76 | - | 59 | - | 90 | 100 | 1,11 | 60 | 67 | 1,12 |
| Barbade | 27 | 19 | 37 | 99 | 50 | 62 | 58 | 15 | 76 | - | 11 | - | 92 | 94 | 1,03 | 93 | 100 | 1,07 |
| Bélarus | 4 | 3 | 6 | 100 | 16 | 73 | 60 | 7 | 75 | - | 3 | - | 96 | 97 | 1,00 | 97 | 99 | 1,01 |
| Belgique | 7 | 5 | 10 | - | 7 | 72 | 71 | 7 | 90 | - | - | - | 98 | 98 | 1,00 | 93 | 94 | 1,01 |
| Belize | 28 | 20 | 36 | 97 | 69 | 54 | 51 | 19 | 70 | - | 26 | - | 100 | 99 | 0,99 | 71 | 74 | 1,04 |
| Bénin | 405 | 279 | 633 | 77 | 94 | 20 | 14 | 30 | 28 | 38 | 26 | 2 | 100 | 90 | 0,90 | 53 | 40 | 0,75 |
| Bhoutan | 148 | 101 | 241 | 89 | 28 | 62 | 62 | 13 | 83 | - | 26 | - | 82 | 84 | 1,02 | 59 | 68 | 1,16 |
| Bolivie (État plurinational de) | 206 | 140 | 351 | 90 | 71 | 66 | 48 | 16 | 59 | - | 19 | - | 91 | 90 | 0,99 | 78 | 78 | 1,00 |
| Bosnie-Herzégovine | 11 | 7 | 17 | 100 | 11 | 49 | 20 | 15 | 31 | - | 4 | - | - | - | - | - | - | - |
| Botswana | 129 | 102 | 172 | 100 | 39 | 59 | 57 | 14 | 79 | - | - | - | 89 | 90 | 1,01 | - | - | - |
| Brésil | 44 | 36 | 54 | 99 | 62 | 80 | 77 | 7 | 88 | - | 26 | - | 94 | 95 | 1,01 | 80 | 83 | 1,04 |
| Brunei Darussalam | 23 | 15 | 30 | 100 | 11 | - | - | - | - | - | - | - | 97 | 96 | 1,00 | 82 | 84 | 1,03 |
| Bulgarie | 11 | 8 | 14 | 100 | 39 | 72 | 53 | 10 | 65 | - | - | - | 93 | 93 | 1,00 | 91 | 89 | 0,97 |
| Burkina Faso | 371 | 257 | 509 | 80 | 129 | 26 | 25 | 27 | 47 | 20 | 52 | 58 | 77 | 75 | 0,97 | 28 | 28 | 0,99 |
| Burundi | 712 | 471 | 1050 | 85 | 58 | 32 | 27 | 28 | 45 | 49 | 20 | - | 97 | 97 | 1,00 | 31 | 34 | 1,08 |
| Cabo Verde | 42 | 20 | 95 | 91 | 80 | 66 | 63 | 13 | 80 | - | - | - | 87 | 86 | 0,98 | 61 | 68 | 1,11 |
| Cambodge | 161 | 117 | 213 | 89 | 57 | 60 | 45 | 12 | 62 | 76 | 19 | - | 93 | 93 | 1,00 | 40 | 37 | 0,92 |
| Cameroun, République du | 596 | 440 | 881 | 65 | 119 | 36 | 24 | 20 | 43 | 38 | 31 | 0 | 99 | 91 | 0,92 | 50 | 44 | 0,88 |
| Canada | 7 | 5 | 9 | 98 | 11 | 73 | 71 | 8 | 88 | - | - | - | - | - | - | 99 | 100 | 1,01 |
| Chili | 22 | 18 | 26 | 100 | 41 | 75 | 72 | 8 | 86 | - | - | - | 93 | 93 | 1,00 | 86 | 89 | 1,04 |
| Chine | 27 | 22 | 32 | 100 | 9 | 83 | 82 | 4 | 95 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Chine, Macao SAR | - | - | - | - | 3 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Chine, SAR de Hong Kong | - | - | - | - | 3 | 76 | 72 | 7 | 88 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Chypre | 7 | 4 | 12 | 97 | 5 | - | - | - | - | - | - | - | 98 | 98 | 1,01 | 94 | 95 | 1,01 |
| Colombie | 64 | 56 | 81 | 99 | 75 | 80 | 75 | 7 | 86 | - | 23 | - | 93 | 94 | 1,01 | 76 | 82 | 1,07 |
| Comores | 335 | 207 | 536 | 82 | 70 | 26 | 21 | 30 | 37 | 21 | 32 | - | 84 | 81 | 0,97 | 43 | 47 | 1,09 |
| Congo, République de | 442 | 300 | 638 | 91 | 147 | 41 | 25 | 20 | 41 | 27 | 27 | - | 84 | 91 | 1,09 | - | - | - |

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

| Pays, territoire ou zone | Santé sexuelle et reproductive | | | | | | | | | | Pratiques néfastes | | Éducation | | | | | |
|---|---|---|--------|--|---|--|--------------------------------|--|---|---|---|---|---|------------------|---|--|------------------|---|
| | Ratio de mortalité maternelle (RMM) : nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes ^a | Intervalle d'incertitude du RMM (80 %) 2015 | | Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié en % 2006-2017 | Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans 2006-2017 | Taux de prévalence de la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans 2018 | | Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^b 2018 | Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^b 2018 | Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction (%) 2007-2016 | Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en % 2006-2017 | Prévalence des MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans, en % 2004-2017 | Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire, en % | | Indice de parité des sexes dans l'enseignement primaire 2007-2017 | Taux net de scolarisation dans l'enseignement secondaire, en % | | Indice de parité des sexes dans l'enseignement secondaire 2007-2017 |
| | 2015 | basses | hautes | 2006-2017 | 2006-2017 | Toutes méthodes ^c | Méthodes modernes ^c | 2018 | 2018 | 2007-2016 | 2006-2017 | 2004-2017 | 2007-2017 Garçons | 2007-2017 Filles | 2007-2017 | 2007-2017 Garçons | 2007-2017 Filles | 2007-2017 |
| Congo, République démocratique du | 693 | 509 | 1010 | 80 | 138 | 25 | 11 | 27 | 22 | 31 | 37 | - | - | - | - | - | - | - |
| Corée, République de | 11 | 9 | 13 | 100 | 1 | 78 | 70 | 6 | 84 | - | - | - | 97 | 98 | 1,01 | 98 | 98 | 0,00 |
| Corée, République populaire démocratique de | 82 | 37 | 190 | 100 | 1 | 75 | 71 | 8 | 86 | - | - | - | - | - | - | 76 | 76 | 1,01 |
| Costa Rica | 25 | 20 | 29 | 99 | 53 | 79 | 77 | 7 | 89 | - | 21 | - | 97 | 97 | 1,00 | 81 | 84 | 1,04 |
| Côte d'Ivoire | 645 | 458 | 909 | 74 | 129 | 19 | 17 | 25 | 39 | 25 | 27 | 27 | 92 | 83 | 0,9 | 41 | 30 | 0,73 |
| Croatie | 8 | 6 | 11 | 100 | 10 | 65 | 47 | 11 | 62 | - | - | - | 96 | 99 | 1,04 | 89 | 92 | 1,04 |
| Cuba | 39 | 33 | 47 | 100 | 50 | 74 | 72 | 8 | 88 | - | 26 | - | 96 | 95 | 1,00 | 83 | 88 | 1,06 |
| Curacao | - | - | - | - | 35 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Danemark | 6 | 5 | 9 | 94 | 3 | 70 | 67 | 10 | 84 | - | - | - | 99 | 99 | 1,01 | 88 | 92 | 1,04 |
| Djibouti | 229 | 111 | 482 | 87 | 21 | 27 | 26 | 29 | 47 | - | 5 | 90 | 62 | 56 | 0,89 | 38 | 32 | 0,83 |
| Dominique | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 97 | 99 | 1,02 | 90 | 97 | 1,08 |
| Egypte | 33 | 26 | 39 | 92 | 56 | 61 | 59 | 12 | 81 | - | 17 | 70 | 98 | 99 | 1,01 | 81 | 82 | 1,00 |
| El Salvador | 54 | 40 | 69 | 100 | 69 | 72 | 67 | 10 | 82 | - | 26 | - | 85 | 86 | 1,01 | 63 | 65 | 1,03 |
| Emirats arabes Unis | 6 | 3 | 11 | 100 | 34 | 50 | 42 | 18 | 61 | - | - | - | 98 | 96 | 0,98 | 89 | 86 | 0,96 |
| Équateur | 64 | 57 | 71 | 97 | 111 | 79 | 71 | 7 | 83 | - | - | - | 97 | 99 | 1,02 | 87 | 89 | 1,02 |
| Erythrée | 501 | 332 | 750 | 34 | 76 | 14 | 13 | 30 | 30 | - | 41 | 69 | 45 | 41 | 0,91 | 29 | 26 | 0,88 |
| Espagne | 5 | 4 | 6 | - | 8 | 69 | 67 | 11 | 85 | - | - | - | 98 | 99 | 1,00 | 95 | 97 | 1,02 |
| Estonie | 9 | 6 | 14 | 100 | 13 | 66 | 61 | 11 | 79 | - | - | - | 93 | 94 | 1,01 | 93 | 94 | 1,02 |
| Eswatini | 389 | 251 | 627 | 88 | 87 | 66 | 65 | 14 | 81 | 49 | 5 | - | 77 | 76 | 0,99 | 32 | 41 | 1,29 |
| États-Unis d'Amérique | 14 | 12 | 16 | 99 | 20 | 74 | 67 | 7 | 83 | - | - | - | 93 | 94 | 1,01 | 90 | 92 | 1,03 |
| Ethiopie | 353 | 247 | 567 | 28 | 80 | 40 | 38 | 22 | 62 | 45 | 40 | 47 | 89 | 83 | 0,93 | 31 | 30 | 0,97 |
| Ex-République yougoslave de Macédonie | 8 | 5 | 10 | 100 | 16 | 47 | 22 | 18 | 33 | - | 7 | - | 92 | 92 | 1,00 | - | - | - |
| Fédération de Russie | 25 | 18 | 33 | 99 | 24 | 69 | 57 | 9 | 73 | - | - | - | 97 | 98 | 1,01 | - | - | - |
| Fidji | 30 | 23 | 41 | 100 | 40 | 49 | 45 | 19 | 66 | - | - | - | 98 | 98 | 1,01 | 79 | 88 | 1,11 |
| Finlande | 3 | 2 | 3 | 100 | 6 | 83 | 78 | 4 | 90 | - | - | - | 99 | 99 | 1,00 | 96 | 96 | 1,01 |
| France | 8 | 7 | 10 | 97 | 5 | 77 | 74 | 5 | 91 | - | - | - | 99 | 100 | 1,01 | 98 | 100 | 1,01 |
| Gabon | 291 | 197 | 442 | 89 | 91 | 36 | 25 | 25 | 41 | 48 | 22 | - | - | - | - | - | - | - |
| Gambie | 706 | 484 | 1030 | 57 | 88 | 13 | 12 | 26 | 31 | 41 | 30 | 76 | 75 | 83 | 1,10 | - | - | - |
| Géorgie | 36 | 28 | 47 | 100 | 44 | 55 | 40 | 15 | 58 | - | 14 | - | 98 | 98 | 0,99 | 94 | 97 | 1,03 |
| Ghana | 319 | 216 | 458 | 71 | 76 | 33 | 28 | 27 | 47 | 52 | 21 | 2 | 84 | 86 | 1,02 | 52 | 53 | 1,01 |
| Grèce | 3 | 2 | 4 | - | 8 | 70 | 50 | 9 | 63 | - | - | - | 94 | 93 | 1,00 | 90 | 89 | 0,99 |
| Grenade | 27 | 19 | 42 | - | - | 65 | 62 | 13 | 80 | - | - | - | 96 | 97 | 1,01 | 83 | 90 | 1,08 |
| Guadeloupe | - | - | - | - | - | 59 | 54 | 16 | 73 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Guam | - | - | - | - | 38 | 53 | 46 | 16 | 66 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Guatemala | 88 | 77 | 100 | 63 | 92 | 61 | 51 | 14 | 68 | 65 | 30 | - | 87 | 87 | 1,00 | 48 | 46 | 0,96 |
| Guinée | 679 | 504 | 927 | 63 | 146 | 10 | 8 | 25 | 24 | 23 | 51 | 95 | 86 | 74 | 0,86 | 40 | 26 | 0,66 |
| Guinée équatoriale | 342 | 207 | 542 | 68 | 176 | 18 | 14 | 32 | 29 | - | 30 | - | 44 | 45 | 1,02 | - | - | - |
| Guinée française | - | - | - | - | 87 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Guinée-Bissau | 549 | 273 | 1090 | 45 | 106 | 19 | 18 | 21 | 44 | - | 24 | 42 | 74 | 70 | 0,95 | - | - | - |
| Guyana | 229 | 184 | 301 | 86 | 74 | 42 | 40 | 28 | 58 | 71 | 30 | - | 95 | 97 | 1,02 | 81 | 86 | 1,06 |
| Haïti | 359 | 236 | 601 | 49 | 55 | 36 | 33 | 36 | 46 | 56 | 18 | - | - | - | - | - | - | - |
| Honduras | 129 | 99 | 166 | 83 | 103 | 73 | 65 | 10 | 78 | 70 | 34 | - | 82 | 84 | 1,02 | 42 | 49 | 1,16 |
| Hongrie | 17 | 12 | 22 | - | 23 | 68 | 60 | 10 | 76 | - | - | - | 97 | 97 | 1,00 | 89 | 89 | 1,00 |
| Îles Salomon | 114 | 75 | 175 | 86 | 78 | 32 | 27 | 25 | 47 | - | 21 | - | 72 | 73 | 1,01 | 33 | 29 | 0,88 |

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

| Pays, territoire ou zone | Santé sexuelle et reproductive | | | | | | | | | | Pratiques néfastes | | Éducation | | | | | |
|--------------------------------|---|--|-------------------------|--|---|---|-----------|---|--|---|---|---|---|-----------------------------------|---|--|-----------|---|
| | Ratio de mortalité maternelle (RMM) : nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes ^a | Intervalle d'incertitude du RMM (80 %) | | Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié en % | Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans | Taux de prévalence de la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans | | Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^b | Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^b | Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction (%) | Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en % | Prévalence des MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans, en % | Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire, en % | | Indice de parité des sexes dans l'enseignement primaire | Taux net de scolarisation dans l'enseignement secondaire, en % | | Indice de parité des sexes dans l'enseignement secondaire |
| | | 2015 | 2015 Estimations basses | | | 2015 Estimations hautes | 2006-2017 | | | | | | 2006-2017 | 2018 Toutes méthodes ^c | | 2018 Méthodes modernes ^c | 2007-2016 | |
| Îles Turques et Caïques | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Îles Vierges américaines | - | - | - | - | 25 | 68 | 63 | 11 | 80 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Inde | 174 | 139 | 217 | 86 | 28 | 56 | 51 | 13 | 73 | - | 27 | - | 97 | 98 | 1,01 | 61 | 62 | 1,01 |
| Indonésie | 126 | 93 | 179 | 93 | 48 | 61 | 59 | 13 | 80 | - | 14 | - | 94 | 89 | 0,95 | 76 | 78 | 1,02 |
| Iran (République islamique d') | 25 | 21 | 31 | 99 | 38 | 78 | 65 | 5 | 78 | - | 17 | - | 99 | 99 | 1,01 | 72 | 73 | 1,00 |
| Iraq | 50 | 35 | 69 | 70 | 82 | 58 | 44 | 12 | 62 | - | 24 | 5 | 98 | 87 | 0,89 | 49 | 40 | 0,81 |
| Irlande | 8 | 6 | 11 | 100 | 9 | 68 | 63 | 11 | 80 | - | - | - | 99 | 100 | 1,01 | 98 | 100 | 1,02 |
| Islande | 3 | 2 | 6 | 98 | 8 | - | - | - | - | - | - | - | 99 | 99 | 1,00 | 89 | 91 | 1,02 |
| Israël | 5 | 4 | 6 | - | 10 | 71 | 57 | 8 | 71 | - | - | - | 97 | 98 | 1,01 | 98 | 100 | 1,02 |
| Italie | 4 | 3 | 5 | 100 | 5 | 69 | 54 | 9 | 69 | - | - | - | 99 | 99 | 1,00 | 97 | 96 | 1,00 |
| Jamaïque | 89 | 70 | 115 | 99 | 46 | 72 | 69 | 10 | 84 | - | 8 | - | - | - | - | 69 | 77 | 1,11 |
| Japon | 5 | 4 | 7 | 100 | 4 | 44 | 40 | 22 | 61 | - | - | - | 99 | 99 | 1,00 | 99 | 100 | 1,01 |
| Jordan | 58 | 44 | 75 | 100 | 26 | 63 | 46 | 12 | 62 | 73 | 8 | - | - | - | - | 68 | 70 | 1,03 |
| Kazakhstan | 12 | 10 | 15 | 99 | 31 | 57 | 55 | 15 | 76 | - | 7 | - | 98 | 100 | 1,02 | 100 | 100 | 1,00 |
| Kenya | 510 | 344 | 754 | 62 | 96 | 64 | 62 | 14 | 78 | 56 | 23 | 11 | 81 | 85 | 1,04 | 50 | 47 | 0,94 |
| Kirghizistan | 76 | 59 | 96 | 98 | 38 | 43 | 41 | 17 | 68 | 77 | 12 | - | 99 | 98 | 0,99 | 85 | 85 | 1,00 |
| Kiribati | 90 | 51 | 152 | 80 | 49 | 28 | 24 | 26 | 44 | - | 20 | - | - | - | - | - | - | - |
| Koweït | 4 | 3 | 6 | 100 | 6 | 57 | 47 | 15 | 65 | - | - | - | 95 | 99 | 1,04 | 84 | 89 | 1,07 |
| Lesotho | 487 | 310 | 871 | 78 | 94 | 61 | 61 | 17 | 78 | 61 | 17 | - | 79 | 82 | 1,03 | 29 | 45 | 1,53 |
| Lettonie | 18 | 13 | 26 | 100 | 18 | 69 | 62 | 11 | 78 | - | - | - | 95 | 96 | 1,0 | 91 | 94 | 1,03 |
| Liban | 15 | 10 | 22 | - | - | 61 | 48 | 13 | 64 | - | 6 | - | 87 | 82 | 0,94 | 65 | 65 | 1,00 |
| Libéria | 725 | 527 | 1030 | 61 | 149 | 30 | 30 | 28 | 51 | 67 | 36 | 26 | 39 | 36 | 0,93 | 16 | 14 | 0,88 |
| Libye | 9 | 6 | 15 | 100 | 11 | 50 | 33 | 18 | 48 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Lituanie | 10 | 7 | 14 | - | 14 | 66 | 56 | 11 | 73 | - | - | - | 99 | 100 | 1,00 | 94 | 93 | 1,00 |
| Luxembourg | 10 | 7 | 16 | 100 | 6 | - | - | - | - | - | - | - | 97 | 98 | 1,01 | 82 | 86 | 1,05 |
| Madagascar | 353 | 256 | 484 | 44 | 152 | 46 | 40 | 19 | 61 | 74 | 41 | - | - | - | - | 29 | 31 | 1,06 |
| Malaisie | 40 | 32 | 53 | 99 | 12 | 53 | 39 | 17 | 55 | - | - | - | 99 | 99 | 1,00 | 71 | 77 | 1,09 |
| Malawi | 634 | 422 | 1080 | 90 | 136 | 61 | 60 | 17 | 77 | 47 | 42 | - | 95 | 99 | 1,04 | 32 | 31 | 0,96 |
| Maldives | 68 | 45 | 108 | 96 | 13 | 44 | 37 | 23 | 55 | - | 4 | - | 98 | 99 | 1,01 | - | - | - |
| Mali | 587 | 448 | 823 | 44 | 174 | 16 | 15 | 26 | 36 | 7 | 52 | 83 | 66 | 58 | 0,88 | 37 | 28 | 0,75 |
| Malte | 9 | 6 | 15 | 100 | 11 | 84 | 66 | 4 | 75 | - | - | - | 97 | 100 | 1,03 | 87 | 92 | 1,05 |
| Maroc | 121 | 93 | 142 | 74 | 32 | 69 | 62 | 9 | 79 | - | - | - | 95 | 94 | 1,00 | 60 | 54 | 0,90 |
| Martinique | - | - | - | - | 20 | 60 | 56 | 15 | 75 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Maurice | 53 | 38 | 77 | 100 | 24 | 67 | 43 | 10 | 56 | - | - | - | 94 | 97 | 1,03 | 82 | 87 | 1,06 |
| Mauritanie | 602 | 399 | 984 | 69 | 71 | 20 | 18 | 30 | 35 | - | 37 | 63 | 69 | 73 | 1,05 | 26 | 27 | 1,06 |
| Mexique | 38 | 34 | 42 | 98 | 63 | 71 | 68 | 11 | 82 | - | 26 | - | 98 | 100 | 1,02 | 76 | 79 | 1,04 |
| Micronésie (États fédérés de) | 100 | 46 | 211 | 85 | 44 | - | - | - | - | - | - | - | 83 | 85 | 1,03 | - | - | - |
| Moldova, République de | 23 | 19 | 28 | 99 | 27 | 64 | 49 | 12 | 64 | - | 12 | - | 90 | 90 | 0,99 | 76 | 77 | 1,01 |
| Mongolie | 44 | 35 | 55 | 99 | 27 | 58 | 52 | 14 | 72 | - | 5 | - | 99 | 98 | 0,99 | 91 | 94 | 1,03 |
| Monténégro | 7 | 4 | 12 | 99 | 11 | 38 | 23 | 21 | 39 | - | 5 | - | 95 | 92 | 0,97 | 90 | 90 | 1,00 |
| Mozambique | 489 | 360 | 686 | 54 | 167 | 29 | 27 | 24 | 52 | 49 | 48 | - | 92 | 87 | 0,95 | 19 | 19 | 1,02 |
| Myanmar | 178 | 121 | 284 | 60 | 36 | 53 | 52 | 16 | 76 | 68 | 16 | - | 90 | 89 | 0,99 | 54 | 59 | 1,09 |
| Namibie | 265 | 172 | 423 | 88 | 82 | 59 | 59 | 16 | 78 | 71 | 7 | - | 89 | 92 | 1,03 | 45 | 57 | 1,26 |
| Népal | 258 | 176 | 425 | 58 | 88 | 53 | 47 | 23 | 62 | 48 | 40 | - | 96 | 93 | 0,97 | 53 | 57 | 1,07 |
| Nicaragua | 150 | 115 | 196 | 88 | 92 | 80 | 77 | 6 | 90 | - | 35 | - | 97 | 100 | 1,03 | 45 | 53 | 1,17 |
| Niger | 553 | 411 | 752 | 40 | 210 | 20 | 18 | 19 | 47 | 7 | 76 | 1 | 69 | 59 | 0,86 | 20 | 14 | 0,68 |

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

| Pays, territoire ou zone | Santé sexuelle et reproductive | | | | | | | | | | Pratiques néfastes | | Éducation | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|--------------------|--|---|--|------------------|--|---|---|---|---|---|------------------|---|--|----|---|
| | Ratio de mortalité maternelle (RMM) : nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes ^a | Intervalle d'incertitude du RMM (80 %) 2015 | | Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié en % 2006-2017 | Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans 2006-2017 | Taux de prévalence de la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans 2018 | | Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^b 2018 | Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^b 2018 | Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction (%) 2007-2016 | Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en % 2006-2017 | Prévalence des MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans, en % 2004-2017 | Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire, en % | | Indice de parité des sexes dans l'enseignement primaire 2007-2017 | Taux net de scolarisation dans l'enseignement secondaire, en % | | Indice de parité des sexes dans l'enseignement secondaire 2007-2017 |
| | | Estimations basses | Estimations hautes | | | 2007-2017 Garçons | 2007-2017 Filles | | | | | | 2007-2017 Garçons | 2007-2017 Filles | | | | |
| Nigéria | 814 | 596 | 1180 | 43 | 145 | 19 | 15 | 23 | 35 | 51 | 44 | 12 | 72 | 60 | 0,84 | - | - | - |
| Norvège | 5 | 4 | 6 | 99 | 5 | 75 | 70 | 7 | 84 | - | - | - | 100 | 100 | 1,00 | 95 | 96 | 1,01 |
| Nouvelle-Calédonie | - | - | - | - | 22 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Nouvelle-Zélande | 11 | 9 | 14 | 96 | 16 | 71 | 68 | 9 | 85 | - | - | - | 98 | 99 | 1,01 | 95 | 97 | 1,02 |
| Oman | 17 | 13 | 24 | 99 | 14 | 37 | 25 | 26 | 39 | - | - | - | 98 | 99 | 1,00 | 96 | 94 | 0,99 |
| Ouganda | 343 | 247 | 493 | 74 | 140 | 39 | 35 | 29 | 52 | 49 | 40 | 1 | 90 | 92 | 1,03 | 23 | 21 | 0,92 |
| Ouzbékistan | 36 | 20 | 65 | 100 | 30 | 68 | 64 | 9 | 84 | - | 7 | - | 99 | 98 | 0,98 | 91 | 90 | 0,99 |
| Pakistan | 178 | 111 | 283 | 52 | 44 | 41 | 32 | 20 | 53 | - | 21 | - | 84 | 71 | 0,85 | 50 | 41 | 0,81 |
| Palestine ¹ | 45 | 21 | 99 | 100 | 48 | 60 | 47 | 12 | 65 | - | 15 | - | 92 | 93 | 1,01 | 78 | 86 | 1,10 |
| Panama | 94 | 77 | 121 | 95 | 79 | 60 | 57 | 16 | 75 | - | 26 | - | 88 | 87 | 0,99 | 67 | 72 | 1,07 |
| Papouasie-Nouvelle-Guinée | 215 | 98 | 457 | 53 | - | 37 | 31 | 25 | 50 | - | 21 | - | 89 | 82 | 0,92 | - | - | - |
| Paraguay | 132 | 107 | 163 | 96 | 62 | 72 | 68 | 9 | 85 | - | 22 | - | 89 | 89 | 1,00 | 67 | 66 | 1,00 |
| Pays-Bas | 7 | 5 | 9 | - | 3 | 72 | 69 | 7 | 86 | - | - | - | 97 | 98 | 1,01 | 93 | 94 | 1,01 |
| Pérou | 68 | 54 | 80 | 92 | 65 | 76 | 56 | 7 | 67 | - | 22 | - | 99 | 100 | 1,01 | 79 | 80 | 1,02 |
| Philippines | 114 | 87 | 175 | 73 | 47 | 56 | 41 | 17 | 56 | - | 15 | - | 96 | 97 | 1,01 | 60 | 72 | 1,19 |
| Pologne | 3 | 2 | 4 | 100 | 12 | 61 | 51 | 14 | 69 | - | - | - | 96 | 96 | 1,00 | 92 | 93 | 1,01 |
| Polynésie française | - | - | - | - | 40 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Porto Rico | 14 | 10 | 18 | - | 30 | 78 | 70 | 6 | 84 | - | - | - | 79 | 84 | 1,07 | 72 | 77 | 1,07 |
| Portugal | 10 | 9 | 13 | 99 | 8 | 70 | 63 | 9 | 79 | - | - | - | 97 | 96 | 1,00 | 93 | 94 | 1,01 |
| Qatar | 13 | 9 | 19 | 100 | 10 | 46 | 41 | 17 | 64 | - | 4 | - | 98 | 98 | 1,00 | 76 | 89 | 1,17 |
| République arabe syrienne | 68 | 48 | 97 | 96 | 54 | 59 | 44 | 14 | 61 | - | 13 | - | 68 | 67 | 0,98 | 46 | 45 | 0,99 |
| République centrafricaine | 882 | 508 | 1500 | 40 | 229 | 26 | 20 | 23 | 41 | - | 68 | 18 | 77 | 60 | 0,79 | 18 | 9 | 0,52 |
| République démocratique populaire lao | 197 | 136 | 307 | 40 | 76 | 56 | 50 | 17 | 68 | - | 35 | - | 95 | 94 | 0,98 | 60 | 58 | 0,98 |
| République dominicaine | 92 | 77 | 111 | 100 | 90 | 71 | 69 | 11 | 84 | 77 | 36 | - | 88 | 88 | 1,00 | 62 | 71 | 1,13 |
| Réunion | - | - | - | - | 44 | 73 | 71 | 8 | 87 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Roumanie | 31 | 22 | 44 | 95 | 35 | 70 | 58 | 8 | 74 | - | - | - | 90 | 90 | 1,00 | 81 | 81 | 1,00 |
| Royaume-Uni | 9 | 8 | 11 | - | 14 | 79 | 79 | 6 | 93 | - | - | - | 99 | 99 | 1,00 | 98 | 99 | 1,01 |
| Rwanda | 290 | 208 | 389 | 91 | 45 | 56 | 51 | 18 | 69 | 70 | 7 | - | 95 | 96 | 1,01 | 25 | 30 | 1,18 |
| Sahara occidental | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Saint-Kitts-et-Niévès | - | - | - | - | 46 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Saint-Marin | - | - | - | - | 0 | - | - | - | - | - | - | - | 93 | 93 | 1,00 | - | - | - |
| Saint-Vincent-et-les-Grenadines | 45 | 34 | 63 | - | 64 | 66 | 63 | 12 | 81 | - | - | - | 98 | 98 | 1,00 | 89 | 91 | 1,01 |
| Sainte-Lucie | 48 | 32 | 72 | 99 | - | 59 | 56 | 16 | 75 | - | 8 | - | 96 | 93 | 0,97 | 76 | 80 | 1,04 |
| Samoa | 51 | 24 | 115 | 83 | 39 | 29 | 27 | 42 | 39 | - | 11 | - | 95 | 98 | 1,03 | 74 | 81 | 1,10 |
| Sao Tomé-et-Principe | 156 | 83 | 268 | 93 | 92 | 43 | 40 | 30 | 55 | - | 35 | - | 97 | 97 | 0,99 | 61 | 68 | 1,11 |
| Sénégal | 315 | 214 | 468 | 59 | 80 | 26 | 24 | 25 | 47 | 5 | 31 | 21 | 69 | 76 | 1,10 | - | - | - |
| Serbie | 17 | 12 | 24 | 98 | 16 | 58 | 27 | 13 | 38 | - | 3 | - | 99 | 99 | 1,00 | 92 | 94 | 1,02 |
| Seychelles | - | - | - | - | 66 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 87 | 90 | 1,03 |
| Sierra Leone | 1 360 | 999 | 1980 | 60 | 125 | 20 | 18 | 26 | 40 | 40 | 39 | 74 | 99 | 99 | 1,01 | 33 | 30 | 0,91 |
| Singapour | 10 | 6 | 17 | 100 | 3 | 66 | 59 | 11 | 77 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Sint Maarten | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Slovaquie | 6 | 4 | 7 | - | 24 | 71 | 61 | 9 | 76 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Slovénie | 9 | 6 | 14 | 100 | 5 | 77 | 66 | 6 | 79 | - | - | - | 97 | 99 | 1,01 | 96 | 96 | 1,01 |
| Somalie | 732 | 361 | 1390 | 9 | 64 | 30 | 29 | 28 | 50 | - | 45 | 97 | - | - | - | - | - | - |

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

| Pays, territoire ou zone | Santé sexuelle et reproductive | | | | | | | | | | Pratiques néfastes | | Éducation | | | | | |
|---|---|--|-------------|--|---|---|-----------|---|--|---|---|---|--|-----------------------------------|---|--|-----------|---|
| | Ratio de mortalité maternelle (RMM) : nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes ^a | Intervalle d'incertitude du RMM (80 %) | | Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié en % | Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans | Taux de prévalence de la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans | | Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^b | Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^b | Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction (%) | Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en % | Prévalence des MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans, en % | Taux net ajustés de scolarisation dans l'enseignement primaire, en % | | Indice de parité des sexes dans l'enseignement primaire | Taux net de scolarisation dans l'enseignement secondaire, en % | | Indice de parité des sexes dans l'enseignement secondaire |
| | | 2015 | 2015 basses | | | 2015 hautes | 2006-2017 | | | | | | 2006-2017 | 2018 Toutes méthodes ^c | | 2018 Méthodes modernes ^c | 2007-2016 | |
| Soudan | 311 | 214 | 433 | 78 | 87 | 16 | 15 | 28 | 35 | - | 34 | 82 | 55 | 58 | 1,05 | - | - | - |
| Soudan du sud | 789 | 523 | 1150 | 19 | 155 | 9 | 7 | 30 | 17 | - | 52 | - | 36 | 28 | 0,76 | 6 | 4 | 0,70 |
| Sri Lanka | 30 | 26 | 38 | 99 | 20 | 65 | 53 | 8 | 74 | - | 12 | - | 98 | 96 | 0,98 | 84 | 87 | 1,04 |
| Suède | 4 | 3 | 5 | - | 4 | 69 | 63 | 10 | 80 | - | - | - | 100 | 100 | 1,00 | 100 | 99 | 1,00 |
| Suisse | 5 | 4 | 7 | - | 6 | 74 | 70 | 7 | 86 | - | - | - | 100 | 100 | 1,00 | 87 | 84 | 0,97 |
| Suriname | 155 | 110 | 220 | 90 | 58 | 52 | 52 | 19 | 72 | - | 19 | - | 93 | 97 | 1,04 | 53 | 65 | 1,22 |
| Tadjikistan | 32 | 19 | 51 | 87 | 54 | 35 | 32 | 21 | 57 | 41 | 12 | - | 99 | 98 | 0,99 | 87 | 78 | 0,90 |
| Tanzanie, République Unie de | 398 | 281 | 570 | 64 | 132 | 42 | 36 | 21 | 57 | 47 | 31 | 5 | 78 | 80 | 1,02 | - | - | - |
| Tchad | 856 | 560 | 1350 | 20 | 179 | 7 | 6 | 24 | 21 | 27 | 67 | 32 | 89 | 69 | 0,77 | - | - | - |
| Tchéquie | 4 | 3 | 6 | 100 | 12 | 80 | 71 | 6 | 82 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Thaïlande | 20 | 14 | 32 | 99 | 43 | 79 | 76 | 6 | 90 | - | 23 | - | 92 | 87 | 0,94 | 77 | 77 | 1,01 |
| Timor-Leste, République démocratique du | 215 | 150 | 300 | 57 | 50 | 28 | 26 | 25 | 48 | - | 19 | - | 80 | 83 | 1,04 | 52 | 59 | 1,14 |
| Togo | 368 | 255 | 518 | 45 | 85 | 23 | 20 | 33 | 37 | 30 | 22 | 2 | 90 | 83 | 0,92 | - | - | - |
| Tonga | 124 | 57 | 270 | 96 | 30 | 36 | 32 | 28 | 51 | - | 6 | - | 95 | 97 | 1,03 | 72 | 80 | 1,12 |
| Trinité-et-Tobago | 63 | 49 | 80 | 97 | 38 | 48 | 44 | 21 | 64 | - | 11 | - | 99 | 98 | 0,99 | - | - | - |
| Tunisie | 62 | 42 | 92 | 74 | 7 | 67 | 57 | 9 | 75 | - | 2 | - | 99 | 98 | 0,99 | - | - | - |
| Turkménistan | 42 | 20 | 73 | 100 | 28 | 54 | 51 | 15 | 74 | - | 6 | - | - | - | - | - | - | - |
| Turquie | 16 | 12 | 21 | 97 | 27 | 75 | 50 | 6 | 62 | - | 15 | - | 95 | 95 | 0,99 | 88 | 86 | 0,98 |
| Tuvalu | - | - | - | 93 | 28 | - | - | - | - | - | 10 | - | - | - | - | 71 | 92 | 1,30 |
| Ukraine | 24 | 19 | 32 | 99 | 26 | 67 | 54 | 10 | 70 | 81 | 9 | - | 92 | 94 | 1,02 | 86 | 87 | 1,01 |
| Uruguay | 15 | 11 | 19 | 98 | 51 | 79 | 76 | 7 | 89 | - | 25 | - | 98 | 98 | 1,00 | 78 | 85 | 1,08 |
| Vanuatu | 78 | 36 | 169 | 89 | 78 | 45 | 40 | 23 | 59 | - | 21 | - | 86 | 88 | 1,03 | 48 | 51 | 1,07 |
| Venezuela (République bolivarienne du) | 95 | 77 | 124 | 96 | 95 | 73 | 68 | 11 | 82 | - | - | - | 89 | 89 | 1,00 | 69 | 74 | 1,07 |
| Viet Nam | 54 | 41 | 74 | 94 | 30 | 79 | 65 | 5 | 77 | - | 11 | - | - | - | - | - | - | - |
| Yémen | 385 | 274 | 582 | 45 | 67 | 42 | 36 | 25 | 54 | - | 32 | 16 | 88 | 78 | 0,88 | 54 | 40 | 0,74 |
| Zambia | 224 | 162 | 306 | 63 | 141 | 54 | 50 | 18 | 69 | 47 | 31 | - | 87 | 89 | 1,02 | - | - | - |
| Zimbabwe | 443 | 363 | 563 | 78 | 110 | 67 | 66 | 10 | 85 | 60 | 32 | - | 84 | 86 | 1,02 | 44 | 44 | 1,01 |

| Données mondiales et régionales | Santé sexuelle et reproductive | | | | | | | | | | Pratiques néfastes | | Éducation | | | | | |
|---|---|--|-----------------------------------|--|---|---|-----------|---|--|---|---|---|---|--------------------------------|---|--|-----------------------|---|
| | Ratio de mortalité maternelle (RMM) : nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes ^a | Intervalle d'incertitude du RMM (80 %) | | Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié en % | Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans | Taux de prévalence de la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans | | Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^d | Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^d | Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction (%) | Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en % | Prévalence des MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans, en % | Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire, en % | | Indice de parité des sexes dans l'enseignement primaire | Taux net de scolarisation dans l'enseignement secondaire, en % | | Indice de parité des sexes dans l'enseignement secondaire |
| | | 2015 | 2015 Estimations basses hautes | | | 2017 | 2018 | | | | | | Toutes méthodes ^e | Méthodes modernes ^e | | 2018 | 2013 | |
| Afrique de l'Est et Afrique australe | 407 | 377 | 501 | 62 | 93^f | 41 | 37 | 22 | 59 | 50 | 35 | – | 86 | 83 | 0,96 | 33^f | 31^f | 0,92^f |
| Afrique de l'Ouest et Afrique centrale | 679 | 599 | 849 | 52 | 114 | 21 | 17 | 24 | 38 | 39 | 42 | 22 | 79 | 70 | 0,89 | 39 | 33 | 0,84 |
| Amérique latine et Caraïbes | 68 | 64 | 77 | 95^c | 62^e | 74 | 69 | 10 | 83 | – | 26 | – | 95 | 96 | 1,01 | 75 | 78 | 1,05 |
| Asie et Pacifique | 127 | 114 | 151 | 84^b | 28^b | 67 | 62 | 10 | 81 | – | 26 | – | 96 | 94 | 0,99 | 67 | 68 | 1,02 |
| États arabes | 162 | 138 | 212 | 76 | 50 | 54 | 47 | 15 | 69 | – | 21 | 55 | 85 | 82 | 0,97 | 63 | 58 | 0,92 |
| Europe de l'Est et Asie centrale | 25 | 22 | 31 | 98 | 26 | 65 | 50 | 10 | 66 | – | 11 | – | 96 | 95 | 0,99 | 88 | 87 | 0,99 |
| Régions développées | 12 | 11 | 14 | – | 14 | 68 | 61 | 10 | 78 | – | – | – | 96 | 97 | 1,01 | 92 | 93 | 1,02 |
| Régions en développement | 238 | 228 | 274 | – | 48 | 62 | 57 | 12 | 77 | – | – | – | 92 | 89 | 0,97 | 62 | 61 | 0,99 |
| Pays les moins avancés | 436 | 418 | 514 | 56^d | 91 | 41 | 36 | 21 | 59 | 49 | 40 | – | 84 | 80 | 0,94 | 39 | 36 | 0,92 |
| Total mondial | 216 | 207 | 249 | 79 | 44 | 63 | 57 | 12 | 77 | 53 | 21 | – | 92 | 90 | 0,98 | 66 | 65 | 1,00 |

NOTES

– Données non disponibles.

§ Femmes actuellement mariées ou en concubinage.

a Le TMM a été arrondi comme suit : < 100, arrondi à l'unité la plus proche ; 100 à 999, arrondi à l'unité la plus proche ; ≥ 1000, arrondi à la dizaine la plus proche.

b Données non disponibles pour : Îles Cook, Îles Marshall, Nauru, Nioué, Palaos, Tokelau et Tuvalu.

c Données non disponibles pour : Anguilla, Aruba, Bermudes, Curaçao, Îles Caïmanes, Îles Turques et Caïques, Îles Vierges britanniques, Montserrat et Saint-Martin.

d Données non disponibles pour les Tuvalu.

e Données non disponibles pour : Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Bermudes,

Équateur, Grenade, Îles Caïmanes, Îles Vierges britanniques, Montserrat, Saint-Kitts-et-Nevis et Saint-Martin.

f Y compris les Seychelles.

g Pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans membres de la société Sande. L'appartenance à la société Sande est un indicateur indirect des mutilations génitales féminines.

1 La résolution 67/19 adoptée le 29 novembre 2012 par l'Assemblée générale des Nations Unies accorde à la Palestine « le statut d'État non membre observateur auprès de l'Organisation des Nations Unies ».

Indicateurs démographiques

Pays, territoire ou zone

| | Population | | | | | | | Fertilité | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|---|---|--|--|---|---|-----------|--------------------------|--------------------------|
| | Population totale (en millions) | Taux de variation annuel moyen de la population (%) 2010-2018 | Population âgée de 0 à 14 ans (en %) 2018 | Population âgée de 10 à 24 ans (en %) 2018 | Population âgée de 15 à 64 ans (en %) 2018 | Population âgée de 65 ans et plus (en %) 2018 | Espérance de vie à la naissance (en années) | | Taux de fécondité global | Données non disponibles. |
| | 2018 | | 2018 | 2018 | 2018 | 2018 | garçons | filles | 2018 | 2015-2020 |
| Afghanistan | 36,4 | 2,9 | 43 | 35 | 55 | 3 | 63 | 66 | 4,3 | 29,1 |
| Afrique du Sud | 57,4 | 1,3 | 29 | 27 | 66 | 5 | 60 | 67 | 2,4 | 28,3 |
| Albanie | 2,9 | 0,0 | 17 | 21 | 69 | 14 | 77 | 81 | 1,7 | 27,5 |
| Algérie | 42,0 | 1,9 | 29 | 23 | 64 | 6 | 75 | 78 | 2,6 | 31,5 |
| Allemagne | 82,3 | 0,2 | 13 | 15 | 65 | 22 | 79 | 84 | 1,5 | 31,3 |
| Angola | 30,8 | 3,4 | 47 | 32 | 51 | 2 | 59 | 65 | 5,6 | 28,8 |
| Antigua-et-Barbuda | 0,1 | 1,1 | 24 | 25 | 69 | 7 | 74 | 79 | 2,0 | 27,6 |
| Arabie Saoudite | 33,6 | 2,5 | 25 | 22 | 72 | 3 | 74 | 77 | 2,5 | 32,2 |
| Argentine | 44,7 | 1,0 | 25 | 24 | 64 | 11 | 73 | 81 | 2,3 | 28,2 |
| Arménie | 2,9 | 0,2 | 20 | 19 | 68 | 11 | 72 | 78 | 1,6 | 26,8 |
| Aruba | 0,1 | 0,5 | 18 | 21 | 69 | 14 | 74 | 79 | 1,8 | 28,6 |
| Australie ¹ | 24,8 | 1,4 | 19 | 19 | 65 | 16 | 81 | 85 | 1,8 | 31,0 |
| Autriche | 8,8 | 0,5 | 14 | 15 | 67 | 19 | 80 | 84 | 1,5 | 30,8 |
| Azerbaïdjan ² | 9,9 | 1,2 | 23 | 21 | 70 | 6 | 69 | 75 | 2,0 | 25,7 |
| Bahamas | 0,4 | 1,3 | 20 | 22 | 70 | 9 | 73 | 79 | 1,8 | 29,2 |
| Bahreïn | 1,6 | 2,9 | 19 | 19 | 78 | 2 | 76 | 78 | 2,0 | 29,7 |
| Bangladesh | 166,4 | 1,1 | 28 | 29 | 67 | 5 | 71 | 75 | 2,1 | 25,4 |
| Barbade | 0,3 | 0,3 | 19 | 19 | 66 | 15 | 74 | 79 | 1,8 | 29,0 |
| Bélarus | 9,5 | 0,0 | 17 | 15 | 68 | 15 | 68 | 79 | 1,7 | 28,5 |
| Belgique | 11,5 | 0,6 | 17 | 17 | 64 | 19 | 79 | 84 | 1,8 | 31,1 |
| Belize | 0,4 | 2,2 | 31 | 30 | 65 | 4 | 68 | 74 | 2,4 | 27,1 |
| Bénin | 11,5 | 2,8 | 42 | 32 | 54 | 3 | 60 | 63 | 4,8 | 28,9 |
| Bhoutan | 0,8 | 1,4 | 26 | 27 | 69 | 5 | 71 | 71 | 2,0 | 28,7 |
| Bolivie (État plurinational de) | 11,2 | 1,5 | 31 | 29 | 62 | 7 | 67 | 72 | 2,8 | 28,4 |
| Bosnie-Herzégovine | 3,5 | -0,8 | 14 | 17 | 69 | 17 | 75 | 80 | 1,4 | 29,3 |
| Botswana | 2,3 | 1,8 | 31 | 28 | 65 | 4 | 66 | 71 | 2,6 | 29,9 |
| Brésil | 210,9 | 0,9 | 21 | 24 | 70 | 9 | 72 | 80 | 1,7 | 26,4 |
| Brunéi Darussalam | 0,4 | 1,4 | 23 | 24 | 72 | 5 | 76 | 79 | 1,8 | 30,3 |
| Bulgarie | 7,0 | -0,6 | 14 | 14 | 65 | 21 | 72 | 78 | 1,6 | 28,2 |
| Burkina Faso | 19,8 | 2,9 | 45 | 33 | 53 | 2 | 60 | 62 | 5,2 | 29,2 |
| Burundi | 11,2 | 3,1 | 45 | 31 | 52 | 3 | 56 | 60 | 5,5 | 30,3 |
| Cabo Verde | 0,6 | 1,2 | 30 | 30 | 66 | 5 | 71 | 75 | 2,3 | 27,4 |
| Cambodge | 16,2 | 1,6 | 31 | 29 | 64 | 5 | 67 | 72 | 2,5 | 27,0 |
| Cameroun, République du | 24,7 | 2,6 | 43 | 32 | 54 | 3 | 58 | 60 | 4,6 | 28,9 |
| Canada | 37 | 1,0 | 16 | 17 | 67 | 17 | 81 | 85 | 1,6 | 30,7 |
| Chili | 18,2 | 0,9 | 20 | 22 | 68 | 11 | 77 | 82 | 1,8 | 27,8 |
| Chine, Macao SAR ³ | 0,6 | 2,0 | 14 | 14 | 76 | 10 | 81 | 87 | 1,4 | 30,9 |
| Chine, SAR Hong Kong ⁴ | 7,4 | 0,7 | 12 | 13 | 71 | 17 | 81 | 87 | 1,3 | 32,3 |
| Chine ⁵ | 1 415,0 | 0,5 | 18 | 17 | 71 | 11 | 75 | 78 | 1,6 | 27,4 |
| Chypre ⁶ | 1,2 | 0,8 | 17 | 20 | 70 | 14 | 79 | 83 | 1,3 | 29,8 |
| Colombie | 49,5 | 0,9 | 23 | 24 | 69 | 8 | 71 | 78 | 1,8 | 27,4 |
| Comores | 0,8 | 2,4 | 40 | 31 | 57 | 3 | 62 | 66 | 4,2 | 30,0 |
| Congo, République démocratique du | 84 | 3,3 | 46 | 32 | 51 | 3 | 59 | 62 | 5,9 | 29,4 |
| Congo, République du | 5,4 | 2,6 | 42 | 31 | 54 | 3 | 64 | 67 | 4,5 | 28,3 |
| Corée, République du | 51,2 | 0,4 | 13 | 17 | 72 | 14 | 79 | 85 | 1,3 | 32,3 |

| Pays, territoire ou zone | Population | | | | | | | | Fertilité | |
|---|---------------------------------|---|---|--|--|---|---|--------|--------------------------|--------------------------|
| | Population totale (en millions) | Taux de variation annuel moyen de la population (%) 2010-2018 | Population âgée de 0 à 14 ans (en %) 2018 | Population âgée de 10 à 24 ans (en %) 2018 | Population âgée de 15 à 64 ans (en %) 2018 | Population âgée de 65 ans et plus (en %) 2018 | Espérance de vie à la naissance (en années) | | Taux de fécondité global | Données non disponibles. |
| | 2018 | 2010-2018 | 2018 | 2018 | 2018 | 2018 | garçons | filles | 2018 | 2015-2020 |
| Corée, République populaire démocratique de | 25,6 | 0,5 | 20 | 22 | 70 | 9 | 68 | 76 | 1,9 | 29,1 |
| Costa Rica | 5,0 | 1,1 | 21 | 23 | 69 | 10 | 78 | 83 | 1,8 | 27,3 |
| Côte d'Ivoire | 24,9 | 2,5 | 42 | 32 | 55 | 3 | 53 | 56 | 4,8 | 28,9 |
| Croatie | 4,2 | -0,5 | 15 | 16 | 65 | 20 | 75 | 81 | 1,4 | 30,2 |
| Cuba | 11,5 | 0,2 | 16 | 17 | 69 | 15 | 78 | 82 | 1,7 | 26,9 |
| Curaçao | 0,2 | 1,1 | 19 | 19 | 65 | 17 | 76 | 82 | 2,0 | 28,5 |
| Danemark | 5,8 | 0,4 | 16 | 19 | 64 | 20 | 79 | 83 | 1,8 | 31,0 |
| Djibouti | 1,0 | 1,7 | 31 | 30 | 65 | 4 | 61 | 65 | 2,7 | 32,2 |
| Dominique | 0,1 | 0,5 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Egypte | 99,4 | 2,1 | 33 | 26 | 61 | 5 | 70 | 74 | 3,2 | 27,5 |
| El Salvador | 6,4 | 0,5 | 27 | 29 | 64 | 8 | 69 | 78 | 2,0 | 26,8 |
| Émirats Arabes Unis | 9,5 | 1,8 | 14 | 16 | 85 | 1 | 77 | 79 | 1,7 | 26,9 |
| Équateur | 16,9 | 1,5 | 28 | 27 | 64 | 7 | 74 | 80 | 2,4 | 27,4 |
| Erythrée | 5,2 | 2,1 | 41 | 32 | 55 | 4 | 64 | 68 | 4,0 | 29,5 |
| Espagne ⁷ | 46,4 | -0,1 | 15 | 15 | 66 | 20 | 81 | 86 | 1,4 | 31,9 |
| Estonie | 1,3 | -0,2 | 17 | 15 | 64 | 20 | 73 | 82 | 1,7 | 30,3 |
| Eswatini | 1,4 | 1,8 | 37 | 33 | 60 | 3 | 55 | 62 | 3,0 | 27,8 |
| États-Unis d'Amérique | 326,8 | 0,7 | 19 | 20 | 65 | 16 | 77 | 82 | 1,9 | 29,5 |
| Ethiopie | 107,5 | 2,5 | 40 | 34 | 56 | 4 | 64 | 68 | 4,0 | 29,7 |
| Ex-République yougoslave de Macédoine | 2,1 | 0,1 | 17 | 18 | 70 | 14 | 74 | 78 | 1,6 | 29,0 |
| Fédération de Russie | 144 | 0,1 | 18 | 15 | 68 | 15 | 66 | 77 | 1,8 | 28,8 |
| Fidji | 0,9 | 0,7 | 28 | 26 | 65 | 6 | 68 | 74 | 2,5 | 28,1 |
| Finlande ⁸ | 5,5 | 0,4 | 16 | 17 | 62 | 22 | 79 | 84 | 1,8 | 30,6 |
| France | 65,2 | 0,4 | 18 | 18 | 62 | 20 | 80 | 86 | 2,0 | 30,3 |
| Gabon | 2,1 | 2,9 | 36 | 28 | 60 | 4 | 65 | 69 | 3,7 | 29,0 |
| Gambie | 2,2 | 3,1 | 45 | 33 | 53 | 2 | 60 | 63 | 5,3 | 30,4 |
| Géorgie ⁹ | 3,9 | -1,0 | 19 | 18 | 66 | 15 | 69 | 78 | 2,0 | 26,7 |
| Ghana | 29,5 | 2,3 | 38 | 31 | 58 | 3 | 62 | 64 | 3,9 | 29,8 |
| Grèce | 11,1 | -0,3 | 14 | 15 | 65 | 21 | 79 | 84 | 1,3 | 31,3 |
| Grenade | 0,1 | 0,4 | 26 | 25 | 66 | 7 | 71 | 76 | 2,1 | 28,5 |
| Guadeloupe ¹⁰ | 0,4 | 0,0 | 18 | 21 | 64 | 18 | 78 | 85 | 1,9 | 30,2 |
| Guam | 0,2 | 0,5 | 24 | 25 | 66 | 10 | 78 | 82 | 2,3 | 28,8 |
| Guatemala | 17,2 | 2,1 | 34 | 32 | 61 | 5 | 71 | 77 | 2,9 | 28,5 |
| Guinée | 13,1 | 2,4 | 42 | 32 | 55 | 3 | 61 | 62 | 4,7 | 29,1 |
| Guinée équatoriale | 1,3 | 4,0 | 37 | 29 | 60 | 3 | 57 | 60 | 4,5 | 28,1 |
| Guinée-Bissau | 1,9 | 2,5 | 41 | 31 | 56 | 3 | 56 | 60 | 4,5 | 29,2 |
| Guyana | 0,8 | 0,6 | 29 | 30 | 66 | 5 | 65 | 69 | 2,5 | 26,7 |
| Guyane française | 0,3 | 2,7 | 33 | 28 | 62 | 5 | 77 | 83 | 3,2 | 29,2 |
| Haïti | 11,1 | 1,3 | 33 | 30 | 62 | 5 | 62 | 66 | 2,8 | 30,0 |
| Honduras | 9,4 | 1,7 | 31 | 31 | 64 | 5 | 71 | 77 | 2,4 | 27,7 |
| Hongrie | 9,7 | -0,3 | 14 | 16 | 67 | 19 | 73 | 80 | 1,4 | 30,2 |
| Îles Salomon | 0,6 | 2,1 | 38 | 32 | 58 | 4 | 70 | 73 | 3,7 | 29,8 |
| Îles Turques et Caïques | 0,0 | 1,9 | - | - | - | - | - | - | - | - |

Indicateurs démographiques

| Pays, territoire ou zone | Population | | | | | | | | Fertilité | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---|---|--|--|---|---|--------|--------------------------|--------------------------|
| | Population totale (en millions) | Taux de variation annuel moyen de la population (%) 2010-2018 | Population âgée de 0 à 14 ans (en %) 2018 | Population âgée de 10 à 24 ans (en %) 2018 | Population âgée de 15 à 64 ans (en %) 2018 | Population âgée de 65 ans et plus (en %) 2018 | Espérance de vie à la naissance (en années) | | Taux de fécondité global | Données non disponibles. |
| | 2018 | | 2018 | 2018 | 2018 | 2018 | garçons | filles | 2018 | 2015-2020 |
| Îles vierges américaines | 0,1 | -0,1 | 20 | 20 | 61 | 19 | 78 | 82 | 2,2 | 27,1 |
| Inde | 1 354,1 | 1,2 | 27 | 28 | 66 | 6 | 68 | 71 | 2,3 | 26,5 |
| Indonésie | 266,8 | 1,2 | 27 | 26 | 68 | 5 | 67 | 72 | 2,3 | 28,2 |
| Irag | 39,3 | 3,1 | 40 | 31 | 56 | 3 | 68 | 73 | 4,2 | 28,7 |
| Iran (République islamique d') | 82,0 | 1,2 | 24 | 21 | 71 | 6 | 75 | 78 | 1,6 | 28,6 |
| Irlande | 4,8 | 0,5 | 22 | 19 | 64 | 14 | 80 | 84 | 2,0 | 31,4 |
| Islande | 0,3 | 0,7 | 20 | 20 | 65 | 15 | 82 | 84 | 1,9 | 30,6 |
| Israël | 8,5 | 1,6 | 28 | 23 | 60 | 12 | 81 | 84 | 2,9 | 30,7 |
| Italie | 59,3 | -0,1 | 13 | 14 | 63 | 23 | 81 | 85 | 1,5 | 31,7 |
| Jamaïque | 2,9 | 0,4 | 23 | 26 | 67 | 10 | 74 | 79 | 2,0 | 27,7 |
| Japon | 127,2 | -0,1 | 13 | 14 | 60 | 27 | 81 | 87 | 1,5 | 31,3 |
| Jordanie | 9,9 | 4,0 | 35 | 30 | 61 | 4 | 73 | 76 | 3,2 | 29,8 |
| Kazakhstan | 18,4 | 1,4 | 28 | 20 | 64 | 7 | 65 | 75 | 2,6 | 28,6 |
| Kenya | 51,0 | 2,6 | 40 | 33 | 57 | 3 | 65 | 70 | 3,7 | 28,7 |
| Kirghizistan | 6,1,0 | 1,5 | 32 | 25 | 63 | 5 | 67 | 75 | 2,9 | 28,2 |
| Kiribati | 0,1 | 1,8 | 35 | 29 | 61 | 4 | 63 | 70 | 3,6 | 30,7 |
| Koweït | 4,2 | 4,2 | 21 | 19 | 76 | 3 | 74 | 76 | 2,0 | 29,9 |
| Lesotho | 2,3 | 1,3 | 35 | 32 | 60 | 5 | 53 | 57 | 3,0 | 27,8 |
| Lettonie | 1,9 | -1,2 | 16 | 14 | 64 | 20 | 70 | 79 | 1,6 | 30,2 |
| Liban | 6,1 | 4,3 | 23 | 26 | 69 | 9 | 78 | 82 | 1,7 | 29,8 |
| Libéria | 4,9 | 2,6 | 41 | 32 | 55 | 3 | 62 | 65 | 4,4 | 28,6 |
| Libye | 6,5 | 0,6 | 28 | 25 | 68 | 4 | 69 | 75 | 2,2 | 32,8 |
| Lituanie | 2,9 | -1,0 | 15 | 16 | 66 | 19 | 70 | 80 | 1,7 | 29,7 |
| Luxembourg | 0,6 | 1,9 | 16 | 18 | 69 | 14 | 80 | 84 | 1,6 | 31,7 |
| Madagascar | 26,3 | 2,7 | 41 | 33 | 56 | 3 | 65 | 68 | 4,1 | 28,0 |
| Malaisie ¹¹ | 32,0 | 1,6 | 24 | 26 | 69 | 7 | 73 | 78 | 2,0 | 30,9 |
| Malawi | 19,2 | 2,9 | 44 | 34 | 53 | 3 | 61 | 67 | 4,4 | 28,0 |
| Maldives | 0,4 | 2,5 | 23 | 22 | 72 | 4 | 77 | 79 | 2,0 | 29,0 |
| Mali | 19,1 | 3,0 | 48 | 33 | 50 | 3 | 58 | 60 | 5,9 | 29,0 |
| Malte | 0,4 | 0,5 | 14 | 16 | 66 | 20 | 80 | 83 | 1,5 | 30,4 |
| Maroc | 36,2 | 1,4 | 27 | 25 | 66 | 7 | 75 | 77 | 2,4 | 30,4 |
| Martinique | 0,4 | -0,3 | 18 | 18 | 63 | 19 | 79 | 85 | 1,9 | 30,2 |
| Maurice ¹² | 1,3 | 0,2 | 18 | 22 | 71 | 11 | 72 | 79 | 1,4 | 28,1 |
| Mauritanie | 4,5 | 2,9 | 40 | 31 | 57 | 3 | 62 | 65 | 4,6 | 30,4 |
| Mexique | 130,8 | 1,4 | 26 | 27 | 67 | 7 | 75 | 80 | 2,1 | 26,9 |
| Micronésie (États fédérés de) | 0,1 | 0,3 | 33 | 34 | 62 | 5 | 68 | 71 | 3,1 | 30,7 |
| Moldova, République de ¹³ | 4,0 | -0,1 | 16 | 17 | 73 | 11 | 68 | 76 | 1,2 | 27,3 |
| Mongolie | 3,1 | 1,8 | 30 | 23 | 66 | 4 | 66 | 74 | 2,7 | 29,3 |
| Monténégro | 0,6 | 0,1 | 18 | 19 | 67 | 15 | 75 | 80 | 1,7 | 29,4 |
| Mozambique | 30,5 | 2,9 | 45 | 33 | 52 | 3 | 57 | 61 | 5,1 | 29,1 |
| Myanmar | 53,9 | 0,9 | 26 | 27 | 68 | 6 | 64 | 69 | 2,2 | 29,6 |
| Namibie | 2,6 | 2,2 | 36 | 31 | 60 | 4 | 62 | 68 | 3,3 | 28,6 |
| Népal | 29,6 | 1,1 | 30 | 32 | 64 | 6 | 69 | 73 | 2,1 | 25,8 |
| Nicaragua | 6,3 | 1,1 | 29 | 28 | 66 | 6 | 73 | 79 | 2,1 | 26,7 |

| Pays, territoire ou zone | Population | | | | | | | | Fertilité | |
|---------------------------------------|---------------------------------|---|---|--|--|---|---|--------|--------------------------|--------------------------|
| | Population totale (en millions) | Taux de variation annuel moyen de la population (%) 2010-2018 | Population âgée de 0 à 14 ans (en %) 2018 | Population âgée de 10 à 24 ans (en %) 2018 | Population âgée de 15 à 64 ans (en %) 2018 | Population âgée de 65 ans et plus (en %) 2018 | Espérance de vie à la naissance (en années) | | Taux de fécondité global | Données non disponibles. |
| | 2018 | 2010-2018 | 2018 | 2018 | 2018 | 2018 | garçons | filles | 2018 | 2015-2020 |
| Niger | 22,3 | 3,8 | 50 | 32 | 47 | 3 | 60 | 62 | 7,1 | 29,1 |
| Nigéria | 195,9 | 2,6 | 44 | 32 | 53 | 3 | 54 | 55 | 5,4 | 29,8 |
| Norvège ¹⁴ | 5,4 | 1,1 | 18 | 19 | 65 | 17 | 81 | 84 | 1,8 | 30,7 |
| Nouvelle-Calédonie | 0,3 | 1,4 | 22 | 23 | 68 | 10 | 75 | 80 | 2,1 | 29,9 |
| Nouvelle-Zélande | 4,7 | 1,0 | 20 | 20 | 65 | 16 | 81 | 84 | 2,0 | 30,1 |
| Oman | 4,8 | 5,8 | 22 | 20 | 76 | 2 | 76 | 80 | 2,5 | 31,1 |
| Ouganda | 44,3 | 3,3 | 47 | 34 | 50 | 2 | 58 | 63 | 5,4 | 28,1 |
| Ouzbékistan | 32,4 | 1,5 | 28 | 26 | 67 | 5 | 69 | 74 | 2,2 | 27,1 |
| Pakistan | 200,8 | 2,0 | 35 | 29 | 61 | 4 | 66 | 68 | 3,3 | 28,6 |
| Palestine ¹⁵ | 5,1 | 2,7 | 39 | 32 | 58 | 3 | 72 | 76 | 3,9 | 28,9 |
| Panama | 4,2 | 1,7 | 27 | 25 | 65 | 8 | 76 | 81 | 2,5 | 26,7 |
| Papouasie-Nouvelle-Guinée | 8,4 | 2,1 | 36 | 31 | 61 | 4 | 63 | 68 | 3,6 | 29,8 |
| Paraguay | 6,9 | 1,3 | 29 | 29 | 64 | 7 | 71 | 76 | 2,4 | 28,2 |
| Pays-Bas | 17,1 | 0,3 | 16 | 18 | 65 | 19 | 80 | 84 | 1,8 | 30,9 |
| Pérou | 32,6 | 1,3 | 27 | 26 | 66 | 7 | 73 | 78 | 2,3 | 28,9 |
| Philippines | 106,5 | 1,6 | 31 | 29 | 64 | 5 | 66 | 73 | 2,9 | 28,9 |
| Pologne | 38,1 | -0,1 | 15 | 16 | 68 | 17 | 74 | 82 | 1,3 | 29,4 |
| Polynésie française | 0,3 | 0,8 | 23 | 24 | 69 | 8 | 75 | 80 | 2,0 | 28,9 |
| Porto Rico | 3,7 | -0,2 | 18 | 21 | 67 | 15 | 77 | 84 | 1,5 | 27,0 |
| Portugal | 10,3 | -0,4 | 13 | 15 | 65 | 22 | 79 | 84 | 1,2 | 30,7 |
| Qatar | 2,7 | 5,2 | 14 | 18 | 85 | 1 | 78 | 80 | 1,9 | 29,9 |
| République arabe syrienne | 18,3 | -1,7 | 36 | 34 | 60 | 5 | 67 | 78 | 2,8 | 29,4 |
| République centrafricaine | 4,7 | 0,8 | 43 | 34 | 54 | 4 | 52 | 56 | 4,7 | 29,6 |
| République démocratique populaire lao | 7,0 | 1,4 | 33 | 31 | 63 | 4 | 66 | 69 | 2,6 | 27,6 |
| République dominicaine | 10,9 | 1,2 | 29 | 27 | 64 | 7 | 71 | 77 | 2,4 | 25,8 |
| Réunion | 0,9 | 0,8 | 23 | 23 | 65 | 12 | 77 | 84 | 2,3 | 28,3 |
| Roumanie | 19,6 | -0,5 | 15 | 16 | 66 | 18 | 72 | 79 | 1,5 | 28,1 |
| Royaume-Uni | 66,6 | 0,6 | 18 | 17 | 64 | 19 | 80 | 84 | 1,9 | 30,4 |
| Rwanda | 12,5 | 2,5 | 40 | 31 | 57 | 3 | 66 | 70 | 3,7 | 30,0 |
| Sahara occidental | 0,6 | 2,1 | 28 | 26 | 69 | 3 | 68 | 72 | 2,4 | 31,0 |
| Saint-Kitts-et-Nevis | 0,1 | 1,0 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Saint-Marin | 0,0 | 0,9 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Saint-Vincent-et-les-Grenadines | 0,1 | 0,1 | 24 | 25 | 69 | 8 | 71 | 76 | 1,9 | 27,1 |
| Sainte Lucie | 0,2 | 0,5 | 18 | 24 | 72 | 10 | 73 | 79 | 1,4 | 27,8 |
| Samoa | 0,2 | 0,7 | 36 | 32 | 58 | 6 | 72 | 79 | 3,9 | 30,3 |
| Sao Tomé-et-Principe | 0,2 | 2,2 | 42 | 33 | 55 | 3 | 65 | 69 | 4,3 | 28,8 |
| Sénégal | 16,3 | 2,9 | 43 | 32 | 54 | 3 | 66 | 70 | 4,6 | 30,3 |
| Serbie ¹⁶ | 8,8 | -0,4 | 16 | 18 | 66 | 18 | 73 | 78 | 1,6 | 29,2 |
| Seychelles | 0,1 | 0,5 | 22 | 19 | 69 | 9 | 70 | 79 | 2,3 | 27,5 |
| Sierra Leone | 7,7 | 2,2 | 42 | 33 | 56 | 3 | 52 | 53 | 4,3 | 28,7 |
| Singapour | 5,8 | 1,7 | 15 | 18 | 72 | 14 | 81 | 85 | 1,3 | 31,3 |
| Sint Maarten | 0,0 | 2,5 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Slovaquie | 5,4 | 0,1 | 15 | 16 | 69 | 16 | 74 | 81 | 1,5 | 29,6 |
| Slovénie | 2,1 | 0,2 | 15 | 14 | 65 | 20 | 78 | 84 | 1,6 | 30,6 |

Indicateurs démographiques

| Pays, territoire ou zone | Population | | | | | | | Fertilité | | |
|--|---------------------------------|---|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---|-----------|--------------------------|--------------------------|
| | Population totale (en millions) | Taux de variation annuel moyen de la population (%) | Population âgée de 0 à 14 ans (en %) | Population âgée de 10 à 24 ans (en %) | Population âgée de 15 à 64 ans (en %) | Population âgée de 65 ans et plus (en %) | Espérance de vie à la naissance (en années) | | Taux de fécondité global | Données non disponibles. |
| | 2018 | 2010-2018 | 2018 | 2018 | 2018 | 2018 | garçons | filles | 2018 | 2015-2020 |
| Somalie | 15,2 | 2,9 | 46 | 33 | 51 | 3 | 55 | 59 | 6,1 | 29,7 |
| Soudan | 41,5 | 2,4 | 40 | 33 | 56 | 4 | 63 | 67 | 4,4 | 30,0 |
| Soudan du Sud | 12,9 | 3,1 | 41 | 33 | 55 | 3 | 57 | 59 | 4,7 | 29,6 |
| Sri Lanka | 21,0 | 0,5 | 24 | 23 | 66 | 10 | 72 | 79 | 2,0 | 30,0 |
| Suède | 10,0 | 0,8 | 18 | 17 | 62 | 20 | 81 | 84 | 1,9 | 31,0 |
| Suisse | 8,5 | 1,1 | 15 | 16 | 66 | 19 | 82 | 85 | 1,6 | 31,8 |
| Suriname | 0,6 | 1,0 | 26 | 26 | 67 | 7 | 68 | 75 | 2,3 | 28,5 |
| Tadjikistan | 9,1 | 2,2 | 35 | 29 | 61 | 4 | 69 | 75 | 3,3 | 27,8 |
| Tanzanie, République-Unie de ¹⁷ | 59,1 | 3,1 | 45 | 32 | 52 | 3 | 65 | 69 | 4,9 | 28,2 |
| Tchad | 15,4 | 3,2 | 47 | 34 | 51 | 3 | 52 | 55 | 5,7 | 28,8 |
| Tchéquie | 10,6 | 0,1 | 16 | 14 | 65 | 19 | 76 | 82 | 1,6 | 30,6 |
| Thaïlande | 69,2 | 0,4 | 17 | 20 | 71 | 12 | 72 | 79 | 1,5 | 27,4 |
| Timor-Leste, République démocratique du | 1,3 | 2,2 | 44 | 35 | 53 | 4 | 68 | 71 | 5,3 | 30,3 |
| Togo | 8,0 | 2,6 | 41 | 32 | 56 | 3 | 60 | 62 | 4,3 | 28,9 |
| Tonga | 0,1 | 0,6 | 35 | 33 | 59 | 6 | 70 | 76 | 3,6 | 31,1 |
| Trinité-et-Tobago | 1,4 | 0,4 | 21 | 19 | 69 | 10 | 67 | 75 | 1,7 | 27,9 |
| Tunisie | 11,7 | 1,1 | 24 | 21 | 68 | 8 | 74 | 78 | 2,1 | 31,0 |
| Turkménistan | 5,9 | 1,7 | 31 | 25 | 65 | 4 | 65 | 72 | 2,8 | 27,9 |
| Turquie | 81,9 | 1,6 | 25 | 25 | 67 | 8 | 73 | 79 | 2,0 | 28,6 |
| Tuvalu | 0,0 | 0,9 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Ukraine ¹⁸ | 44,0 | -0,5 | 16 | 15 | 67 | 17 | 67 | 77 | 1,6 | 28,0 |
| Uruguay | 3,5 | 0,3 | 21 | 22 | 64 | 15 | 74 | 81 | 2,0 | 27,7 |
| Vanuatu | 0,3 | 2,2 | 36 | 29 | 60 | 5 | 70 | 75 | 3,2 | 29,3 |
| Venezuela (République bolivarienne du) | 32,4 | 1,4 | 27 | 26 | 66 | 7 | 71 | 79 | 2,3 | 26,4 |
| Viet Nam | 96,5 | 1,1 | 23 | 22 | 70 | 7 | 72 | 81 | 1,9 | 28,0 |
| Yémen | 28,9 | 2,5 | 40 | 33 | 57 | 3 | 64 | 67 | 3,8 | 30,0 |
| Zambie | 17,6 | 3,0 | 44 | 34 | 53 | 2 | 60 | 65 | 4,9 | 28,9 |
| Zimbabwe | 16,9 | 2,3 | 41 | 32 | 56 | 3 | 60 | 64 | 3,6 | 27,8 |

Données
mondiales
et régionales

| | Population | | | | | | | | Fertility | |
|---|------------------------------------|---|--|--|---|--|--|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | Population totale (en millions) | Taux de variation annuel moyen de la population (%) | Population âgée de 0 à 14 ans (en %) | Population âgée de 10 à 24 ans (en %) | Population âgée de 15 à 64 ans (en %) | Population âgée de 65 ans et plus (en %) | Espérance de vie à la naissance (en années) | | Taux de fécondité global | Données non disponibles. |
| | 2018 | 2010-2018 | 2018 | 2018 | 2018 | 2018 | garçons | filles | 2018 | 2015-2020 |
| Afrique de l'Est et Afrique australe | 597 | 2,7 | 42 | 32 | 55 | 3 | 61 | 66 | 4,4 | 28,8 |
| Afrique de l'Ouest et Afrique centrale | 436 | 2,7 | 44 | 32 | 54 | 3 | 56 | 58 | 5,1 | 29,4 |
| Amérique latine et Caraïbes | 647 | 1,1 | 25^b | 25^b | 67^b | 8^b | 73^b | 79^b | 2,0^b | 27,1^b |
| Asie et Pacifique | 3 996 | 1,0 | 24^a | 24^a | 68^a | 8^a | 70^a | 73^a | 2,1^a | 27,2^a |
| États arabes | 366 | 2,0 | 34 | 28 | 61 | 5 | 68 | 72 | 3,3 | 29,2 |
| Europe de l'Est et Asie centrale | 245 | 0,9 | 23 | 22 | 67 | 10 | 70 | 77 | 2,0 | 28,0 |
| Régions développées | 1 263 | 0,3 | 16 | 17 | 65 | 19 | 76 | 82 | 1,7 | 30,0 |
| Régions en développement | 6 370 | 1,3 | 28 | 25 | 65 | 7 | 69 | 73 | 2,6 | 27,7 |
| Pays les moins avancés | 1 026 | 2,4 | 39 | 32 | 57 | 4 | 63 | 67 | 4,0 | 28,5 |
| Total mondial | 7 633 | 1,2 | 26 | 24 | 65 | 9 | 70 | 74 | 2,5 | 27,9 |

NOTES

— Données non disponibles.

a Données non disponibles pour : Îles Cook, Îles Marshall, Nauru, Nioué, Palaos, Tokelau et Tuvalu.

b Données non disponibles pour : Anguilla, Bermudes, Dominique, Îles Caïmanes, Îles Turques et Caïques, Îles Vierges britanniques, Montserrat, Saint-Kitts-et-Nevis et Saint-Martin.

1 Y compris l'Île Christmas, les Îles Cocos (Keeling) et l'Île Norfolk.

2 Y compris le Nagorno-Karabakh.

3 Macao est depuis le 20 décembre 1999 une Région administrative spéciale (RAS) de la Chine.

4 Hong Kong est depuis le 1er juillet 1997 une Région administrative spéciale (RAS) de la Chine.

5 À des fins statistiques, les données concernant la Chine ne comprennent pas celles des régions administratives spéciales (RAS) de Hong Kong et de Macao ni celles de la Province chinoise de Taïwan.

6 Y compris Chypre du Nord.

7 Y compris les Îles Canaries, Ceuta et Melilla.

8 Y compris les Îles Aland.

9 Y compris l'Abkhazie et l'Ossétie du Sud.

10 Y compris Saint-Barthélemy et Saint-Martin (partie française).

11 Y compris le Sabah et le Sarawak.

12 Y compris Agaléga, Rodrigues et Saint-Brandon.

13 Y compris la Transnistrie.

14 Y compris les Îles Svalbard et Jan Mayen.

15 Y compris Jérusalem-Est. La résolution 67/19 adoptée le 29 novembre 2012 par l'Assemblée générale des Nations Unies accorde à la Palestine « le statut d'État non membre observateur auprès de l'Organisation des Nations Unies ».

16 Y compris le Kosovo.

17 Y compris Zanzibar.

18 Y compris la Crimée.

Notes techniques concernant les indicateurs

Les tableaux statistiques de *L'État de la population mondiale 2018* comprennent des indicateurs visant à surveiller les progrès du Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement ainsi que des objectifs de développement durable (ODD) dans les domaines de la santé maternelle, de l'accès à l'éducation et de la santé sexuelle et reproductive. Ils comprennent également divers indicateurs démographiques. Ces tableaux montrent l'importance qu'accorde l'UNFPA aux améliorations et aux résultats obtenus en vue de la réalisation d'un monde où chaque grossesse est désirée, chaque accouchement est sans danger et le potentiel de chaque jeune est accompli.

Les autorités nationales et les organisations internationales peuvent employer différentes méthodes de collecte, d'analyse et d'extrapolation des données. Pour favoriser la comparabilité internationale des données, l'UNFPA applique les méthodes standard employées par les principales sources de données. Dans certains cas, les données figurant dans ces tableaux sont donc différentes de celles qui proviennent des autorités nationales. Par conséquent, elles ne sont pas comparables à celles des précédents rapports sur *L'État de la population mondiale* en raison de l'actualisation des classifications régionales et des méthodes, ainsi que de la révision des données des séries chronologiques.

Les tableaux statistiques se fondent sur des enquêtes auprès des ménages représentatives sur le plan national, telles que les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), ainsi que sur les estimations d'organismes des Nations Unies et de groupes interorganisations. Ils tiennent également compte des estimations et projections démographiques les plus récentes des Perspectives de la population mondiale : révision de 2017, ainsi que des estimations et projections modélisées des indicateurs de planification familiale 2018 (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population). Les données sont accompagnées de définitions, de notes et d'une indication de leurs sources. Les tableaux statistiques de *L'État de la population mondiale 2018* présentent généralement les informations disponibles au mois de juin 2018.

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Santé maternelle et néonatale

Ratio de mortalité maternelle (RMM), nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes et intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimations basses et hautes, 2015. Source : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG, créé conjointement par la Banque mondiale, la Division de la population des Nations Unies, l'Organisation mondiale de la Santé, l'UNFPA et l'UNICEF). Cet indicateur rend compte du nombre de décès maternels liés à la grossesse pour 100 000 naissances vivantes. Les estimations sont établies par le MMEIG à partir de données issues de systèmes d'état civil, d'enquêtes auprès des ménages et de recensements de la population. La Banque mondiale, la Division de la population des Nations Unies, l'Organisation mondiale de la Santé, l'UNFPA et l'UNICEF sont membres du MMEIG. Les estimations et les méthodologies employées sont régulièrement examinées par le MMEIG et d'autres agences et établissements universitaires, et modifiées le cas échéant, dans le cadre d'un processus continu d'amélioration des données relatives à la mortalité maternelle. Les estimations ne doivent pas être comparées aux estimations interorganisations antérieures.

Naissances assistées par du personnel de santé qualifié, en pourcentage, 2006/2017. Source : base de données mondiale commune sur la présence de personnel qualifié pendant l'accouchement, 2017, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les chiffres régionaux de l'UNFPA sont calculés d'après ceux de la base de données mondiale commune. Cet indicateur correspond au

pourcentage de naissances assistées par du personnel de santé qualifié (médecin, infirmière/infirmier ou sage-femme) apte à dispenser des soins d'obstétrique vitaux (notamment assurer la supervision, prendre en charge et conseiller les femmes durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, procéder seul(e) aux accouchements, et s'occuper des nouveau-nés). Les accoucheuses traditionnelles, même celles ayant suivi une formation courte, ne sont pas prises en compte.

Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans, 2006/2015.

Source : Division de la population des Nations Unies et UNFPA. Cet indicateur correspond au risque de maternité chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Les chiffres des registres d'état civil peuvent présenter certaines imprécisions liées au degré d'exhaustivité de l'enregistrement des naissances, à la comptabilisation des enfants néés vivants mais décédés avant l'enregistrement ou au cours des premières 24 heures de vie, à la qualité des informations communiquées concernant l'âge de la mère, et à la prise en compte des naissances de périodes antérieures. Les estimations démographiques peuvent être faussées en raison d'erreurs dans les informations communiquées (âge, couverture). En ce qui concerne les données issues des enquêtes et des recensements, le numérateur et le dénominateur utilisés proviennent de la même population. Les principales imprécisions sont dues aux erreurs de déclaration concernant l'âge de la mère ou la date de naissance de l'enfant, à la non-déclaration des naissances, et à la variabilité de l'échantillonnage dans le cas des enquêtes.

Santé sexuelle et reproductive

La Division de la population des Nations Unies publie chaque année des estimations et des projections modélisées systématiques et exhaustives pour un ensemble d'indicateurs relatifs à la planification familiale, sur une période de 60 ans. Ces indicateurs concernent la prévalence de la contraception, les besoins non satisfaits de planification familiale, la demande totale de planification familiale et le pourcentage des besoins de planification familiale satisfaits chez les femmes mariées ou vivant en concubinage pour la période 1970-2030. Les estimations, les projections et les évaluations d'incertitude sont fondées sur un modèle bayésien hiérarchique et sur les tendances observées dans les différents pays. Contrairement aux travaux antérieurs, cette approche permet de ventiler les données en fonction de la source, de l'échantillon de population et des méthodes contraceptives prises en compte dans les calculs de la prévalence. De plus amples informations sur les estimations modélisées relatives à la planification familiale, les méthodes et les mises à jour sont disponibles à l'adresse <<http://www.un.org/en/development/desa/population>>. Les estimations se fondent sur les données individuelles des pays enregistrés dans la base de données World Contraceptive Use 2017.

Taux de prévalence de la contraception chez les femmes actuellement mariées/en concubinage âgées de 15 à 49 ans, toutes méthodes et toutes méthodes modernes confondues, 2018.

Source : Division de la population des Nations Unies. Les estimations modélisées ont été réalisées à partir de données issues d'enquêtes par sondage. Ces données visent à estimer la proportion de femmes mariées (ou vivant en union libre) qui utilisent actuellement une méthode de contraception, qu'il s'agisse d'une méthode traditionnelle ou moderne. Les méthodes modernes ou cliniques et matérielles comprennent la stérilisation masculine et féminine, le dispositif intra-utérin (DIU), la pilule, les progestatifs injectables, les implants hormonaux, les préservatifs et les méthodes barrières utilisées par les femmes.

Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, 2018.

Source : Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur concerne les femmes en âge de procréer qui sont sexuellement actives mais n'utilisent aucune méthode de contraception et indiquent qu'elles souhaitent retarder leur prochaine grossesse. Il constitue une sous-catégorie

du besoin total de planification familiale non satisfait, qui englobe également les besoins non satisfaits de limitation des naissances. Le concept de besoin non satisfait correspond à l'écart entre les souhaits des femmes en matière de procréation et leur comportement en matière de contraception. Aux fins de suivi des OMD, les besoins non satisfaits sont exprimés en pourcentage des femmes mariées ou en concubinage.

Proportion de demande satisfaite, toutes méthodes modernes confondues, chez les femmes actuellement mariées/en concubinage âgées de 15 à 49 ans, 2018. Source : Division de la population des Nations Unies. Taux de prévalence des moyens de contraception modernes divisé par la demande totale de planification familiale. La demande totale de planification familiale correspond à la somme de la prévalence de la contraception et des besoins non satisfaits de planification familiale.

Proportion de demande satisfaite, quelle que soit la méthode (PDS) = taux de prévalence de la contraception, quelle que soit la méthode (TPC) / demande totale (DT) de planification familiale.

Proportion de demande satisfaite à l'aide de méthodes modernes (PDSm) = taux de prévalence de la contraception à l'aide de méthodes modernes (TPCm) / demande totale (DT) de planification familiale.

Où la demande totale (DT) = taux de prévalence de la contraception (TPC) + taux de besoin non satisfait de contraception (TBNSC), c'est-à-dire :

$$DT = TPC + TBNSC$$

Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction, en pourcentage, 2007/2016. Source : UNFPA. Pourcentage de femmes mariées ou en concubinage âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions dans les trois domaines suivants : les relations sexuelles avec leur conjoint, l'utilisation de la contraception et leur santé.

Pratiques néfastes

Mariage d'enfants survenant avant l'âge de 18 ans, 2008/2016. Source : UNFPA. Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant été mariées ou ayant vécu en concubinage avant l'âge de 18 ans.

Prévalence des mutilations génitales féminines (MGF) chez les filles, en pourcentage, 2004/2015. Source : UNFPA. Proportion de filles âgées de 15 à 19 ans ayant subi des mutilations génitales féminines.

Éducation

Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire des garçons et des filles en âge de fréquenter l'école primaire, en pourcentage, 1999/2015. Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Ce taux indique le pourcentage d'enfants ayant l'âge officiel d'être scolarisés dans l'enseignement primaire qui sont scolarisés dans l'enseignement primaire ou secondaire.

Taux net de scolarisation dans l'enseignement secondaire des garçons et des filles en âge de fréquenter l'école secondaire, en pourcentage, 2000/2015. Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Ce taux indique le pourcentage d'enfants ayant l'âge officiel d'être scolarisés dans l'enseignement secondaire qui sont scolarisés dans l'enseignement secondaire.

Indice de parité des sexes dans l'enseignement primaire, 1999/2015. Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Cet indicateur correspond au ratio entre le taux net ajusté de scolarisation des filles dans l'enseignement primaire et celui des garçons.

Indice de parité des sexes dans l'enseignement secondaire, 2000/2015. Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Cet indicateur correspond au ratio entre le taux net de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire et celui des garçons.

Indicateurs démographiques

Population

Population totale en millions d'habitants, 2018. Source : Division de la population des Nations Unies. Chiffres régionaux calculés par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur donne une estimation de la population nationale en milieu d'année.

Taux de variation annuel moyen de la population, en pourcentage, 2010/2018 Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond au taux moyen (exponentiel) de la croissance démographique sur une période donnée, à partir d'une projection fondée sur la variante moyenne.

Population âgée de 0 à 14 ans, en pourcentage, 2018. Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond à la part de la population âgée de 0 à 14 ans.

Population âgée de 10 à 24 ans, en pourcentage, 2018. Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond à la part de la population âgée de 10 à 24 ans.

Population âgée de 15 à 64 ans, en pourcentage, 2018. Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond à la part de la population âgée de 15 à 64 ans.

Population âgée de 65 ans et plus, en pourcentage, 2018. Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond à la part de la population âgée de 65 ans et plus.

Espérance de vie à la naissance des garçons et des filles (en années), 2015/2020. Source : Division de la population des Nations Unies. Chiffres régionaux calculés par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond à l'espérance de vie en années des nouveau-nés qui seraient exposés aux risques de mortalité caractérisant le segment de la population au moment de leur naissance.

Fécondité

Taux global de fécondité, par femme, 2018. Source : Division de la population des Nations Unies. Chiffres régionaux calculés par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur calcule le nombre d'enfants par femme en supposant que celles-ci atteignent la fin de leur vie procréative et aient des enfants à chaque âge conformément au taux de fécondité du groupe d'âge considéré.

Âge moyen de procréation, années, 2015/2020. Source : Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond à l'âge moyen des femmes à la naissance de leur enfant en supposant que celles-ci aient, au cours de leur vie, un niveau de fécondité conforme au taux de fécondité du groupe d'âge considéré observé pour une année donnée. Il est exprimé en années.

Classification régionale

Les moyennes de l'UNFPA présentées à la fin des tableaux statistiques sont calculées à partir de données des pays et territoires appartenant aux groupes ci-dessous.

États arabes

Algérie ; Djibouti ; Égypte ; Iraq ; Jordanie ; Liban ; Libye ; Maroc ; Oman ; Palestine ; République arabe syrienne ; Somalie ; Soudan ; Tunisie ; Yémen

Asie et Pacifique

Afghanistan ; Bangladesh ; Bhoutan ; Cambodge ; Chine ; Corée (République populaire démocratique de) ; Fidji ; Îles Cook ; Îles Marshall ; Îles Salomon ; Inde ; Indonésie ; Iran (République islamique d') ; Kiribati ; Malaisie ; Maldives ; Micronésie (États fédérés de) ; Mongolie ; Myanmar ; Nauru ; Népal ; Nioué ; Pakistan ; Palaos ; Papouasie-Nouvelle-Guinée ; Philippines ; République démocratique populaire lao ; Samoa ; Sri Lanka ; Thaïlande ; Timor-Leste (République démocratique du) ; Tokelau ; Tonga ; Tuvalu ; Vanuatu ; Viet Nam

Europe de l'Est et Asie centrale

Albanie ; Arménie ; Azerbaïdjan ; Bélarus ; Bosnie-Herzégovine ; ex-République yougoslave de Macédoine ; Géorgie ; Kazakhstan ; Kirghizistan ; Moldova (République de) ; Serbie ; Tadjikistan ; Turquie ; Turkménistan ; Ukraine

Afrique de l'Est et Afrique australe

Afrique du Sud ; Angola ; Botswana ; Burundi ; Comores ; Congo (République démocratique du) ; Érythrée ; Éthiopie ; Kenya ; Lesotho ; Madagascar ; Malawi ; Maurice ; Mozambique ; Namibie ; Ouganda ; Rwanda ; Seychelles ; Soudan du Sud ; Tanzanie (République-Unie de) ; Zambie ; Zimbabwe

Amérique latine et Caraïbes

Anguilla ; Antigua-et-Barbuda ; Argentine ; Aruba ; Bahamas ; Barbade ; Belize ; Bermudes ; Bolivie (État plurinational de) ; Brésil ; Chili ; Colombie ; Costa Rica ; Cuba ; Curaçao ; Dominique ; Équateur ; El Salvador ; Grenade ; Guatemala ; Guyana ; Haïti ; Honduras ; Îles Caïmanes ; Îles Turques-et-Caïques ; Îles Vierges britanniques ; Jamaïque ; Mexique ; Montserrat ; Nicaragua ; Panama ; Paraguay ; Pérou ; République dominicaine ; Saint-Kitts-et-Nevis ; Saint-Martin ; Saint-Vincent-et-les Grenadines ; Sainte-Lucie ; Suriname ; Trinité-et-

Tobago ; Uruguay ; Venezuela (République bolivarienne du)

Afrique de l'Ouest et Afrique centrale

Bénin ; Burkina Faso ; Cameroun (République du) ; Cabo Verde ; Congo (République du) ; Côte d'Ivoire ; Gabon ; Gambie ; Ghana ; Guinée ; Guinée-Bissau ; Guinée équatoriale ; Libéria ; Mali ; Mauritanie ; Niger ; Nigéria ; République centrafricaine ; Sao Tomé-et-Principe ; Sénégal ; Sierra Leone ; Tchad ; Togo

Les régions développées comprennent les régions suivantes, couvertes par la Division de la population : l'Amérique du Nord, l'Australie/la Nouvelle-Zélande, l'Europe et le Japon.

Les régions en développement comprennent toutes les régions suivantes, couvertes par la Division de la population : l'Afrique, l'Asie (à l'exception du Japon), l'Amérique latine et les Caraïbes, ainsi que la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie.

Les pays les moins avancés, suivant la définition adoptée dans les résolutions 59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43 et 64/295 de l'Assemblée générale des Nations Unies, étaient au nombre de 48 pays en janvier 2014 : 34 en Afrique, neuf en Asie, quatre en Océanie et un dans la région Amérique latine et Caraïbes. Ces 48 pays sont les suivants : Afghanistan ; Angola ; Bangladesh ; Bénin ; Bhoutan ; Burkina Faso ; Burundi ; Cambodge ; Comores ; Congo (République démocratique du) ; Djibouti ; Érythrée ; Éthiopie ; Gambie ; Guinée ; Guinée-Bissau ; Guinée équatoriale ; Haïti ; Îles Salomon ; Kiribati ; Lesotho ; Libéria ; Madagascar ; Malawi ; Mali ; Mauritanie ; Mozambique ; Myanmar ; Népal ; Niger ; Ouganda ; République centrafricaine ; République démocratique populaire lao ; Rwanda ; Sao Tomé-et-Principe ; Sénégal ; Sierra Leone ; Somalie ; Soudan ; Soudan du Sud ; Tanzanie (République-Unie de) ; Tchad ; Timor-Leste (République démocratique du) ; Togo ; Tuvalu ; Vanuatu ; Yémen ; et Zambie. Ces pays font également partie des régions en développement.

References

- Abbasi-Shavazi, Mohammad Jalal, Peter McDonald, and Meimanat Hosseini-Chavoshi (2009). *The Fertility Transition in Iran: Revolution and Reproduction*. Dordrecht: Springer.
- Adsera, Alicia (2018). Education and fertility in the context of rising inequality. *Vienna Yearbook of Population Research*, vol. 1, No. 15, pp. 63-94.
- African Union Commission (2017). *AU Roadmap on Harnessing the Demographic Dividend through Investments in Youth*. Addis Ababa. <http://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/AU%202017%20DD%20ROADMAP%20Final%20-%20EN.pdf>.
- Akin, Ayşe (2007). Emergence of the family planning program in Turkey. In *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Family Planning Policies and Programs*, Warren C. Robinson and John A. Ross, eds. Washington, D.C.: World Bank.
- Alves, José E. Diniz, and Sonia Corrêa (2003). Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo + 10. *Revista Brasileira de Estudos da População*, vol. 20, No. 2, pp. 129-56.
- Alves, José E. Diniz, and George Martine (2017). Population, development and environmental degradation in Brazil. In *Brazil in the Anthropocene: Conflicts Between Predatory Development and Environmental Policies*, Philippe Lena and Liz-Rejane Issberner, eds. New York: Routledge, pp. 41-61.
- Arpino, Bruno, Gøsta Esping-Andersen, and Lea Pessin (2015). How do changes in gender role attitudes towards female employment influence fertility? A macro-level analysis. *European Sociological Review*, vol. 31, No. 3, pp. 370-82.
- Avert (Global information and education on HIV and AIDS) (2017). HIV and AIDS in Central Europe and Eastern Asia. <https://www.avert.org/hiv-and-aids-eastern-europe-central-asia-overview>.
- Banks, Joseph A. (1954). *Prosperity and Parenthood: a Study of Family Planning Among the Victorian Middle Classes*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Basten, Stuart, and Baochang Gu (2013). National and regional trends in ideal family size in China. Paper presented at the International Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population. Busan, Korea, 26-31 August 2013. https://iussp.org/sites/default/files/event_call_for_papers/GU%20and%20Basten%20Long%20Abstract.pdf.
- Bearak, Jonathan, et al. (2018). Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet Global Health*, vol. 6, No. 4, e380-e389.
- Beaujouan, Éva, and Caroline Berghammer (2017). The gap between lifetime reproductive intentions and completed fertility in Europe and the United States: a cohort approach. Vienna Institute of Demography Working Papers, No. 12/2017. Vienna.
- Becker, Gary S. and H. Gregg Lewis (1973). "On the Interaction between the Quantity and Quality of Children." *Journal of Political Economy*, Vol. 81, No. 2, Part 2: New Economic Approaches to Fertility (Mar. - Apr., 1973), pp. S279-S288.
- Billari, Francesco C. (2018). A "great divergence" in fertility? In *Low Fertility Regimes and Demographic and Societal Change*, Dudley L. Poston, Jr., ed. Cham: Springer, pp. 15-35.
- Billari, Francesco C., and Hanse-Peter Kohler (2004). Patterns of low and very low fertility in Europe. *Population Studies*, vol. 58, No. 2, pp. 161-76.
- Blanc, Ann K., and Amy O. Tsui (2005). The dilemma of past success: insiders' views on the future of the international family planning movement. *Studies in Family Planning*, vol. 36, No. 4, pp. 263-76.
- Bloom, David E. and Williamson, Jeffrey G. 1998. "Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia (English)". *The World Bank Economic Review*. Vol. 12, no. 3 (September 1998), pp. 419-455.
- Blossfeld, Hans-Peter, et al., eds. (2005). *Globalization, Uncertainty and Youth in Society: the Losers in a Globalizing World*. Routledge.
- Bongaarts, John (2002). The end of the fertility transition in the developed world. *Population and Development Review*, vol. 28, No. 3, pp. 419-43.
- Bongaarts, John, et al. (2012). *Family Planning Programs for the 21st Century: Rationale and Design*. New York: Population Council.
- Caldwell, John (1976). Toward a Restatement of Demographic Transition Theory. *Population and Development Review*, Vol. 2, No. 3/4 (Sep. - Dec., 1976), pp. 321-366.
- _____ (1980). Mass education as a determinant of the timing of fertility decline. *Population and Development Review*, vol. 6, No. 2, pp. 225-55.
- _____ (1982). *Theory of Fertility Decline*. London: Academic Press.
- _____ (1985). The social repercussions of colonial rule: demographic aspects. In *General History of Africa*, vol. VII: *Africa Under Colonial Domination, 1880-1935*, A. Adu Boahen, ed. Paris: UNESCO, pp. 458-86.
- Caldwell, John C., and Pat Caldwell (1987). The cultural context of high fertility in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, vol. 13, No. 3, pp. 409-37.
- Casterline, John (2017). Prospects for fertility decline in Africa. *Population and Development Review*, vol. 43, Supplement S1, pp. 3-18.
- Casterline, John, and Samuel Agyei-Mensah (2017). Fertility desires and the course of fertility decline in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, vol. 43, Supplement S1, pp. 84-111.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention), and ORC Macro (2003). *Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: a Comparative Report*. Atlanta, Georgia: United States Department of Health and Human Services, and Calverton, Maryland: ORC Macro.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), and CFSC (Centro de Estudios de la Comunidad y la Familia) (1972). *Fertility and Family Planning in Metropolitan Latin America*. Chicago: University of Chicago.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1992). *La Planificación Familiar en América Latina*. Santiago, DDR/7.

- Chandra, Anjani, Casey E. Copen, and Elizabeth Hervey Stephen (2013). Infertility and impaired fecundity in the United States, 1982–2010: data from the National Survey of Family Growth. *National Health Statistics Report*, 14 August 2013, No. 67, pp. 1–19.
- Chesnais, Jean-Claude (1992). *The Demographic Transition: Stages, Patterns and Economic Implications. A Longitudinal Study of Sixty-Seven Countries Covering the Period 1720–1984*. New York: Clarendon Press.
- Cleland, John, and Chris Wilson (1987). Demand theories of the fertility transition: an iconoclastic view. *Population Studies*, vol. 41, No. 1, pp. 5–30.
- Coale, Ansley (1973). The demographic transition reconsidered. In *Proceedings of the International Population Conference*, Liege. Paris: International Union for the Scientific Study of Population.
- Coale, Ansley, and Edgar Hoover (1958). *Population Growth and Economic Development in Low-Income Countries*. Princeton: Princeton University Press.
- Cohen, Barney (1993). Fertility levels, differentials, and trends. In *Demographic Change in Sub-Saharan Africa*, Karen A. Foote, Kenneth H. Hill and Linda G. Martin, eds. Washington, D.C.: National Academy Press, pp. 8–67.
- Comolli, Chiara Ludovica (2017). The fertility response to the Great Recession in Europe and the United States: structural economic conditions and perceived economic uncertainty. *Demographic Research*, vol. 36, No. 51, pp. 1549–600.
- Coquery-Vidrovitch, Catherine (1988). Les populations africaines du passé. In *Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, Dominique Tabutin, ed. Paris: Editions l'Harmattan, pp. 51–72.
- Cordell, Dennis D. et al. (1987). African historical demography: the search for a theoretical framework. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 14–32.
- Council of Europe (2006). *Recent Demographic Developments in Europe 2005*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- David, Henry P., ed. (1999). *From Abortion to Contraception: A Resource to Public Policies and Reproductive Behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- Dawson, Marc H. (1987). Health, nutrition, and population in central Kenya, 1890–1945. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 201–17.
- DHS and USAID (2018). STATcompiler. <http://www.statcompiler.com>.
- Easterlin, Richard A. (1975). An economic framework for fertility analysis. *Studies in Family Planning*, vol. 6, No. 3, pp. 54–63.
- Eurostat (2018). Eurostat database, Population and Social Conditions, Fertility indicators (demo_find). Available at <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. Accessed on 20 March 2018.
- Gietel-Basten, Stuart (2018). Fertility decline. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis.
- Goldin, Claudia (2006). The quiet revolution that transformed women's employment, education, and family. *American Economic Review*, vol. 96, No. 2, pp. 1–21.
- Goldscheider, Frances, Eva Bernhardt, and Trude Lappegård (2015). The gender revolution: a framework for understanding changing family and demographic behavior. *Population and Development Review*, vol. 41, No. 2, pp. 207–39.
- Goldstein, Joshua R., Tomas Sobotka, and Aiva Jasilioniene (2009). The end of lowest-low fertility? *Population and Development Review*, vol. 35, No. 4, pp. 663–700.
- Goldstein, Joshua R. et al. (2013). Fertility reactions to the “Great Recession” in Europe. *Demographic Research*, vol. 29, No. 4, pp. 85–104.
- Guilmoto, Christophe Z. (2016). The past and future of fertility change in India. In *Contemporary Demographic Transformations in China, India and Indonesia*, Christophe Z. Guilmoto and Gavin W. Jones, eds. Dordrecht: Springer.
- Guinnane, Timothy (2011). The historical fertility transition: a guide for economists. *Journal of Economic Literature*, vol. 49, No. 3, pp. 589–614.
- Guo, Zhigang, and Baochang Gu (2014). China's low fertility: evidence from the 2010 Census. In *Analysing China's Population*, Isabelle Attané and Baochang Gu, eds. INED, Population Studies 3. Dordrecht: Springer Science+Business Media.
- Guttmacher Institute (2017). Adding it up: investing in contraception and maternal and newborn health, 2017. Fact sheet. Available at www.guttmacher.org.
- Guzman, Jose Miguel (1998). Visiones teóricas del cambio de la fecundidad el aporte latinoamericano. *Annals, XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*. Caxambu, Brazil.
- Hagewen, Kellie J., and S. Philip Morgan (2005). Intended and ideal family size in the United States. *Population and Development Review*, vol. 31, No. 3, pp. 507–27.
- Hajnal, John (1965). European marriage patterns in historical perspective. In *Population in History*, David Glass and David Eversley, eds. London: Edward Arnold.
- Harkavy, Oskar, and Khrishna Roy (2007). Emergence of the Indian national family planning program. In *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*, Warren Robinson and John Ross, eds. Washington, D.C.: World Bank.
- Harknett, Kristen, and Caroline Hartnett (2014). The gap between births intended and births achieved in 22 European countries, 2004–07. *Population Studies*, vol. 68, No. 3, pp. 265–82.
- Hayes, Adrian (2012). “The status of family planning and reproductive health in Indonesia: a story of success and fragmentation”, in Zaman et al. (eds), *Family Planning in Asia and the Pacific: Addressing the Challenges*, Selangor, Malaysia: International Council on Management of Population Programmes (ICOMP): 225–241.
- _____ (2018). Family planning policies and programs. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis, pp. 87–108.
- Hayford, Sarah R., Karen Benjamin Guzzo, and Pamela J. Smock (2014). The decoupling of marriage and parenthood? Trends in the timing of marital first births, 1945–2002. *Journal of Marriage and Family*, vol. 76, No. 3, pp. 520–38.
- Herrera, Catalina, and David E. Sahn (2015). The impact of early childbearing on schooling and cognitive skills among young women in Madagascar. IZA Discussion Paper No. 9362. Bonn: Institute of Labor Economics.

- Herrmann, M., ed. (2015). *Consequential Omissions: How Demography Shapes Development—Lessons from the MDGs for the SDGs*. Berlin: UNFPA and the Berlin Institute.
- Hindin, Michelle (2012). The influence of women's early childbearing on subsequent empowerment in sub-Saharan Africa: a cross-national meta analysis. ICRW Working Paper series, No. 003-2012. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- Hodorogea, Stelian, and Rodica Comendant (2010). Prevention of unsafe abortion in countries of Central Eastern Europe and Central Asia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 110, Supplement, pp. S34-S37.
- Hull, Terence (1991). Reports of coercion in the Indonesian vasectomy program: a report to AIDAB. Development Paper, No. 1. Canberra: Australian International Development Assistance Bureau.
- _____ (2012). Indonesia's demographic mosaic. In *Population Dynamics in Muslim Countries: Assembling the Jigsaw*, Hans Groth and Alfonso Souza-Poza, eds. Dordrecht: Springer.
- _____ (2016). Indonesia's fertility levels, trends and determinants: dilemmas of analysis. In *Contemporary Demographic Transformations in China, India and Indonesia*, Christophe Z. Guilmoto and Gavin W. Jones, eds. Dordrecht: Springer.
- Hull, T.H., and V.J. Hull (1997). Politics, culture and fertility: transitions in Indonesia. In *The Continuing Demographic Transition*, G.W. Jones, R.M. Douglas, J.C. Caldwell and R.M. D'Souza, eds. Oxford: Clarendon Press.
- Human Fertility Database (2018). Period total fertility rates and cohort data on women by the number of children ever born. Max Planck Institute for Demographic Research (Germany) and Vienna Institute of Demography (Austria). Available at www.humanfertility.org. Accessed in February 2018.
- ICF (n.d.). [icf.com](http://www.icf.com)
- ILO (International Labour Organization) (2016). *World Employment Social Outlook: Trends for Youth 2016*. Geneva: ILO.
- James, K.S. (2011). India's demographic change: opportunities and challenges. *Science*, vol. 333, No. 6042, pp. 576-80.
- Jayasuriya, Laksiri (2014). Sri Lanka's experience of social development: towards equity and justice. In *Development and Welfare Policy in South Asia*, Gabriele Kohler and Deepta Chopra, eds. London: Routledge.
- Jones, Gavin, ed. (2015). *The Impact of Demographic Transition on Socio-Economic Development in Bangladesh*. Dhaka: United Nations Population Fund.
- Jones, Gavin W., and Bina Gubhaju (2009). Factors influencing changes in mean age at first marriage and proportions never marrying in the low-fertility countries of east and Southeast Asia. *Asian Population Studies*, vol. 5, No. 3, pp. 237-65.
- Khuda, B., and S. Barkat (2015). Repositioning family planning programs in South Asia. *Asian Profile*, vol. 43, No. 1.
- Khuda, B. et al. (2001). Determinants of the fertility transition in Bangladesh. In *Fertility Transition in South Asia*, Z. Sathar and J. Phillips, eds. New York: Oxford University Press.
- Kim, Doo-Sub, and Sam Hyun Yoo (2016). Long-term effects of economic recession on fertility: the case of South Korea. Paper presented at the European Population Conference 2016, Mainz, Germany. <http://epc2016.princeton.edu/abstracts/160320>.
- Knodel, John, and Etienne Van de Walle (1986). Lessons from the past: policy implications of historical fertility studies. In *The Decline of Fertility in Europe*, Ansley Coale and Susan Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 390-419.
- Kohler, Hans-Peter, Francesco C. Billari, and Jose Antonio Ortega (2002). The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s. *Population and Development Review*, vol. 28, No. 4, pp. 641-80.
- Kon, Igor S. (1995). *The Sexual Revolution in Russia*. New York: The Free Press.
- Lappegård, Trude, Sebastian Klüsener, and Daniele Vignoli (2018). Why are marriage and family formation increasingly disconnected across Europe? A multilevel perspective on existing theories. *Population, Space and Place*, vol. 24, No. 2.
- Lee, Dohoon (2010). "The early socioeconomic effects of teenage childbearing: A propensity score matching approach." *Demographic Research: Volume 23*, article 25. Pp. 697-736.
- Lee, Ronald, and Andrew Mason (2006). What is the demographic dividend?, *Finance and Development, Back to Basics*, vol. 43, No. 3. Washington, D.C.: International Monetary Fund.
- Lesthaeghe, Ron (1977). *The Decline of Belgian Fertility, 1800-1970*. Princeton: Princeton University Press.
- _____ (2010). The unfolding story of the second demographic transition. *Population and Development Review*, vol. 36, No. 2, pp. 211-51.
- Lesthaeghe, Ron, and Chris Wilson (1986). Modes of production, secularization, and the pace of fertility decline in Western Europe, 1870-1930. In *The Decline of Fertility in Europe*, A. Coale and S. Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 261-92.
- Levine, Hagai et al. (2017). Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. *Human Reproduction Update*, vol. 23, No. 6, pp. 646-59.
- Luci-Greulich, Angela, and Olivier Thévenon (2014). Does economic advancement "cause" a re-increase in fertility? An empirical analysis for OECD countries (1960-2007). *European Journal of Population*, vol. 30, No. 2, pp. 187-221.
- Lutz, Wolfgang, William P. Butz, and Samir KC, eds. (2014). *World Population and Human Capital in the Twenty-First Century*. Oxford: Oxford University Press.
- Ma, Li (2014). Economic crisis and women's labor force return after childbirth: evidence from South Korea. *Demographic Research*, vol. 31, No. 18, pp. 511-52.
- Martin, Joyce A. et al. (2018). Births: final data for 2016. *National Vital Statistics Reports*, vol. 67, No. 1. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.
- Martine, George, José Eustaquio Alves, and Suzana Cavenaghi (2013). Urbanization and fertility decline: cashing in on structural change. Working paper. London: International Institute for Environment and Development.
- Martinez-Alier, Joan, and Eduard Masjuan (2004). *Neo-Malthusianism in the Early 20th Century*. Barcelona: Universidad Autònoma de Barcelona.

- Mascarenhas, Maya N. et al. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*, vol. 9, No. 12.
- Mason, Karen Oppenheim (1997). Explaining fertility transitions. *Demography*, vol. 34, No. 4, pp. 443-54.
- May, John F and Alex Kamurase (2009). Demographic growth and development prospects in Rwanda: Implications for the World Bank. http://www.ministerial-leadership.org/sites/default/files/events/event_files/Demographic%20Growth%20and%20Development%20Prospects%20in%20Rwanda.pdf
- McDonald, Peter (2006). Low fertility and the state: the efficacy of policy. *Population and Development Review*, vol. 32, No. 3, pp. 485-510.
- _____ (2008). Explanations of low fertility in East Asia: a comparative perspective. In *Ultra-Low Fertility in Pacific Asia: Trends, Causes and Policy Issues*, Paulin Straughan, Angélique Chan and Gavin Jones, eds. Routledge, pp. 41-57.
- _____ (2013). Societal foundations for explaining low fertility: gender equity. *Demographic Research*, vol. 28, No. 34, pp. 981-94.
- _____ (2018). The development of population research institutions in Asia. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis, pp. 32-44.
- McDonald, Peter, and Helen Moyle (2018). Women as agents in fertility decision-making: Australia, 1870-1910. *Population Development Review*, vol. 44, No. 2, pp. 203-30.
- Meillassoux, Claude (1977). *Femmes, Greniers et Capitaux*. Paris: François Maspero.
- Miller, Amalia R. (2011). The effects of motherhood timing on career path. *Journal of Population Economics*, vol. 24, No. 3, pp. 1071-100.
- Mills, Melinda C. (2015). The Dutch fertility paradox: how the Netherlands has managed to sustain near-replacement fertility. In *Low and Lower Fertility*, Ronald R. Rindfuss and Minja Kim Choe, eds. Cham: Springer, pp. 161-88.
- Miró, Carmen, and Joseph Potter (1980). *Population Policy: Research Priorities in the Developing World*. Mexico City: El Colegio de México.
- Mohanty, Sanjay K. et al. (2016). Distal determinants of fertility decline: evidence from 640 Indian districts. *Demographic Research*, vol. 34, No. 13, pp. 373-406.
- Moyle, Helen (2015). The fall of fertility in Tasmania in the late 19th and early 20th centuries. PhD thesis. Canberra: Australian National University.
- Mundigo, Axel (1992). Los programas de planificación familiar y su función en la transición de la fecundidad en América Latina. UN: LC/DEM/G.124, Notas de Población, No. 55, pp. 11-40.
- Myrskylä, Mikko, Hans-Peter Kohler, and Francesco C. Billari (2009). Advances in development reverse fertility declines. *Nature*, vol. 460, pp. 741-3.
- NIPSSR (National Institute of Population and Social Security Research) (2016). Marriage process and fertility of married couples. Attitudes toward marriage and family among Japanese singles. Highlights of the survey results on married couples/ singles. Available at http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/e/doukou15/Nfs15_gaiyoEng.html. Accessed on 5 October 2017.
- _____ (2017). Population statistics of Japan 2017. Available at <http://www.ipss.go.jp/p-info/e/psj2017/PSJ2017.asp>. Accessed in October 2017.
- Notestein, Frank (1945). Population: the long view. In *Food for the World*, Theodore Schultz, ed. Chicago: Chicago University Press, pp. 36-51.
- _____ (1953). Economic problems of population change. In *Proceedings of the Eighth International Conference of Agricultural Economists*. London: Oxford University Press, pp. 13-31.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2007). *Babies and Bosses: Reconciling Work and Family Life. A Synthesis of Findings for OECD Countries*. Paris.
- _____ (2011). *Doing Better for Families*. Paris.
- _____ (2017). *The Pursuit of Gender Equality: an Uphill Battle*. Paris. <http://www.oecd.org/publications/the-pursuit-of-gender-equality-9789264281318-en.htm>.
- _____ (2018). OECD Family Database, Table PF3.2: Enrolment in childcare and pre-school. Available at <http://www.oecd.org/els/family/database.htm>. Accessed on 25 February 2018.
- Page, Hilary J., and Ron Lesthaeghe (1981). *Child-Spacing and Fertility in Sub-Saharan Africa*. London: Academic Press.
- Pande, R.P., A. Malhotra and S. Namy (2012). Fertility decline and changes in women's lives and gender equality in Tamil Nadu, India. Fertility and Empowerment Network Working Paper Series, No. 007-2012-ICRW-FE. Washington D.C.: Fertility and Empowerment Network.
- Perelli-Harris, Brienna (2005). The path to lowest-low fertility in Ukraine. *Population Studies*, vol. 59, No. 1, pp. 55-70.
- Perelli-Harris, Brienna et al. (2012). Changes in union status during the transition to parenthood in eleven European countries, 1970s to early 2000s. *Population Studies*, vol. 66, No. 2, pp. 167-82.
- Potter, Joseph E., Carl C. Schmertmann, and Suzana M. Cavenaghi (2002). Fertility and development: evidence from Brazil. *Demography*, vol. 39, No. 4, pp. 739-61.
- Rahman, Fahmida, and Daniel Tomlinson (2018). *Cross Countries: International Comparisons of Intergenerational Trends*. Resolution Foundation and Intergenerational Commission. <https://www.resolution-foundation.org/app/uploads/2018/02/IC-international.pdf>.
- Raymo, James M. et al. (2015). Marriage and family in East Asia: continuity and change. *Annual Review of Sociology*, vol. 41, pp. 471-92.
- Republic of Rwanda (2003). National Reproductive Health Policy. Kigali, July 2003. Ministry of Health.
- Rindfuss, Ronald R., Minja Kim Choe, and Sarah Brauner-Otto (2016). The emergence of two distinct fertility regimes in economically advanced countries. *Population Research and Policy Review*, vol. 35, No. 3, pp. 287-304.
- Rindfuss, Ronald R. et al. (2004). Social networks and fertility change in Japan. *American Sociological Review*, vol. 69, pp. 838-61.
- Rodríguez Vignoli, Jorge (2017). Fecundidad no deseada entre las adolescentes latino-americanas: un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos. Serie Población y Desarrollo, No. 119, LC/TS.2017/92. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

- Rodriguez-Vignoli, Jorge, and Suzana M. Cavenaghi (2014). Adolescent and youth fertility and social inequality in Latin America and the Caribbean: what role has education played? *Genus*, vol. 70, No. 1, pp. 1-25.
- _____ (2017). Unintended fertility among Latin American adolescents: a growing trend across all socioeconomic groups. In: *International Population Conference, Cape Town, Scientific Programme*. Cape Town: International Union for the Scientific Study of Population.
- Rosero-Bixby, Luis, Teresa Castro-Martín, and Teresa Martín-García (2009). Is Latin America starting to retreat from early and universal childbearing? In *Demographic Transformations and Inequalities in Latin America: Historical Trends and Recent Patterns*. Rio de Janeiro: ALAP, pp. 219-41.
- Rutstein, Shea, and Guillermo Rojas (2006). *Guide to DHS statistics*. Demographic and Health Surveys. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Sanderson, Warren C., Vegard Skirbekk, and Marcin Stonawski (2013). Young adult failure to thrive syndrome. *Finnish Yearbook of Population Research*, vol. 48, pp. 169-87.
- Schmidt, Lone et al. (2012). Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Human Reproduction Update*, vol. 18, No. 1, pp. 29-43.
- Schneider, Daniel (2015). The Great Recession, fertility, and uncertainty: evidence from the United States. *Journal of Marriage and Family*, vol. 77, No. 5, pp. 1144-56.
- Secombe, Wally (1993). *Weathering the Storm: Working-Class Families from the Industrial Revolution to the Fertility Decline*. London: Verso.
- Sedgh, Gilda, and Rubina Hussain (2014). Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Studies in Family Planning*, vol. 45, No. 2, pp. 151-69.
- Sedgh, Gilda et al. (2016a). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*, vol. 388, No. 10041, pp. 258-67.
- _____ (2016b). *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method*. New York: Guttmacher Institute.
- Simmons, Alan E., Arthur M. Conning, and Miguel Villa, eds. (1979). El contexto social de cambio de la fecundidad en América Latina rural. Aspectos metodológicos y resultados empíricos, volúmenes I-III. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Simmons, Ruth (1996). Women's lives in transition: a qualitative analysis of the fertility decline in Bangladesh. *Studies in Family Planning*, vol. 27, No. 5, pp. 251-68.
- Sobotka, Tomáš (2011). Fertility in Central and Eastern Europe after 1989: collapse and gradual recovery. *Historical Social Research*, vol. 36, No. 2, pp. 246-96.
- _____ (2016). Birth control, reproduction, and family under state socialism in Central and Eastern Europe. In *Gender Relations and Birth Control in the Age of the "Pill"*, Lutz Niethammer and Silke Satjukow, eds. Göttingen: Wallstein Verlag, pp. 87-116.
- _____ (2017). Post-transitional fertility: the role of childbearing postponement in fuelling the shift to low and unstable fertility levels. *Journal of Biosocial Science*, vol. 49, Supplement 1, pp. S20-S45.
- Sobotka, Tomáš, and Éva Beaujouan (2014). Two is best? The persistence of a two-child family ideal in Europe. *Population and Development Review*, vol. 40, No. 3, pp. 391-419.
- _____ (2018). Late motherhood in low-fertility countries: reproductive intentions, trends and consequences. In *Preventing Age-Related Fertility Loss*, Dominic Stoop, ed. Cham: Springer, pp. 11-29.
- Solo, Julie, 2008. *Family Planning in Rwanda: How a Taboo Topic Became Priority Number One*. Chapel Hill, NC: IntraHealth International.
- Starrs, Ann et al. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *The Lancet*, vol. 391, No. 10140, pp. 2642-92.
- Stloukal, Libor (1999). Understanding the "abortion culture" in Central and Eastern Europe. In *From Abortion to Contraception: a Resource to Public Policies and Reproductive Behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present*, Henry P. David, ed. Westport, Connecticut: Greenwood Press, pp. 23-37.
- Stone, Lyman (2018). American women are having fewer children than they would like. *The New York Times*, 13 February.
- Taucher, Erica (1979). Efectos demográficos y socio-económicos de los programas de planificación familiar en la América Latina. In *Población y Desarrollo en América Latina*, Víctor Urquidí and José B. Morelos, eds. México City: Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Colegio de México.
- te Velde, Egbert et al. (2012). The effect of postponement of first motherhood on permanent involuntary childlessness and total fertility rate in six European countries since the 1970s. *Human Reproduction*, vol. 27, No. 4, pp. 1179-83.
- _____ (2017). Ever growing demand for in vitro fertilization despite stable biological fertility: a European paradox. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, vol. 214, pp. 204-8.
- Tsuya, Noriko O. (2015). Below-replacement fertility in Japan: patterns, factors, and policy implications. In *Low and Lower Fertility*, Ronald R. Rindfuss and Minja Kim Choe, eds. Cham: Springer, pp. 87-106.
- Turshen, Meredith (1987). Population growth and the deterioration of health: Mainland Tanzania, 1920-1960. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 187-200.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2017). *Ending AIDS: Progress Towards the 90-90-90 Targets*. Geneva. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf.
- UNFPA (United Nations Population Fund). 2012. *State of World Population 2012*. "By Choice, not by Chance: Family Planning, Human Rights and Development." New York: UNFPA.
- UNICEF (2017). *Levels & Trends in Child Mortality: Report 2017, Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*. New York.
- _____ (2018). Child Marriage Database. Available at <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>.
- United Nations (1987). Fertility behaviour in the context of development: evidence from the World Fertility Survey. *Population Studies*, No. 100. New York.

- _____ (2013). World abortion policies 2013. Available at <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml>. Accessed in March 2018.
- United Nations (2015). Demographic Components of Future Population Growth: 2015 Revision. Available from un.org/en/development/desa/population/theme/trends/dem-comp-change.shtml.
- _____ (2015a). World Population Policies Database. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Available from: https://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx.
- _____. 2015b. World Urbanization Prospects: The 2014 Revision. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- _____ (2016). *Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2016*. New York.
- _____ (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- _____ (2017a). *World Marriage Data, 2017*. Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- Uusküla, Anneli et al. (2010). Trends in the epidemiology of bacterial sexually transmitted infections in eastern Europe, 1995–2005. *Sexually Transmitted Infections*, vol. 86, No. 1, pp. 6–14.
- Van de Walle, Francine (1986). Infant mortality and the European demographic transition. In *The Decline of Fertility in Europe*, Ansley Coale and Susan Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 201–33.
- Visaria, L. (2009). Fertility transition: lessons from South India. In *Handbook of Population and Development in India*, A.K.S. Kumar, P. Panda and R.R. Ved, eds. New Delhi: Oxford University Press.
- Wei, Yan, Quanbao Jiang, and Stuart Basten (2013). Observing the transformation of China's first marriage pattern through net nuptiality tables: 1982–2010. *Finnish Yearbook of Population Research*, vol. 48, pp. 65–75.
- Welti Chanes, C. (2006). Las encuestas nacionales de fecundidad en México y la aparición de la fecundidad adolescente como tema de investigación. *Papeles de Población*, vol. 12, No. 50, pp. 253–75.
- Westoff, Charles F., and Akinrinola Bankole (1995). Unmet need: 1990–1994. *Demographic and Health Surveys Comparative Studies*, No. 16. Calverton, Maryland: Macro International.
- WHO (World Health Organization) (2016). *World Malaria Report 2015*. Geneva.
- Wittgenstein Centre (2015). European fertility 2015. Available at <http://www.fertilitydatasheet.org>.
- _____ (2016). European demographic data sheet 2016. Available at www.populationeurope.org.
- Wodon, Quentin et al. (2017). *Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report*. Washington, D.C.: International Bank for Reconstruction and Development, World Bank, and International Center for Research on Women. www.costsofchildmarriage.org.
- World Bank (2017). World Development Indicators. Available at <https://data.worldbank.org/products/wdi>.
- Yoo, Sam Hyun, and Tomáš Sobotka (2018). Ultra-low fertility in South Korea: the role of the tempo effect. *Demographic Research*, vol. 38, No. 22, pp. 549–76.
- Yüceşahin, M. Murat, Tuğba Adah, and A. Sinan Türkyilmaz (2016). Population policies in Turkey and demographic changes on a social map. *Border Crossing*, vol. 6, No. 2, pp. 240–66.
- Zeman, Kryštof et al. (2018). Cohort fertility decline in low fertility countries: decomposition using parity progression ratios. *Demographic Research*, vol. 38, No. 25, pp. 651–90.



Assurer les droits et les choix pour tous


Fonds des Nations Unies pour la population

605 Third Avenue

New York, NY 10158 (États-Unis)

Tel. +1 212 297 5000

www.unfpa.org

 @UNFPA


ISSN 2226-4957

ISBN 978-1-61800-033-0



9 781618 000330

Numéro de vente. F.18.III.H.1
F/715/2018

 Imprimé sur papier recyclé.